

Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual

Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud

URUGUAY 2018



Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual

Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud

URUGUAY 2018

La versión original en inglés de este manual se publicó en el 2014. Posteriormente, en el 2016, se publicó la versión en español con algunos ajustes respecto al original.

La presente versión corresponde a una adaptación de la versión en español del 2016 desarrollada para Uruguay bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y con la colaboración de Iniciativas Sanitarias, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO).

Agradecemos de manera especial a Iniciativas Sanitarias por su gran aporte a la adaptación técnica y cultural del manual, así como por su valioso trabajo colaborativo a lo largo del proceso de prueba sobre el terreno desarrollado con los equipos de salud en el país.



Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguay 2018, adaptado para Uruguay por el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay y la Organización Panamericana de la Salud de Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. © Organización Panamericana de la Salud. 2016. Todos los derechos reservados.

© **Ministerio de Salud de Uruguay y Organización Panamericana de la Salud. 2018.**

ISBN: 978-9974-93-003-2

EQUIPO TÉCNICO URUGUAY

Ministerio Salud Pública

Área programática responsable

Área de Violencia basada en

Género y Generaciones

Irene Petit; Carla Bellini; Estela De Armas

Áreas programáticas asesoras

Área de Salud Integral de la mujer

Rafael Aguirre

Área de Salud sexual y reproductiva

Ana Visconti; Florencia Forrissi

Área de ITS-VHI SIDA

Susana Cabrera

Área de Salud Mental

Carolina Fernández; Denisse Dogmanas

Iniciativas Sanitarias

Ana Labandera; Lucia Van Velthoven,

Ivana Leus; Natalia Vico; Silvia Avondet

Consultores

Franco González Mora

Lucía Comesaña

Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región Hemisferio Occidental

Florencia Barindelli

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS Representación en Uruguay

Miguel Fernández Galeano; Griselda Bittar

Oficina Regional de Violencia Intrafamiliar Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Alessandra Guedes; Constanza Hege

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida

Rodolfo Gómez Ponce de León; Thais A. Forster

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo evitando al mismo tiempo recargar la lectura con el uso reiterado de “o/a”, “os/as”, “los/las” para finalizar palabras. Se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible y el uso del universal masculino plural como último recurso para hacer referencia a varones y mujeres de manera conjunta.

Índice

Autoridades de MSP	8
Prólogo Ministerio de Salud Pública	9
Introducción a la versión Uruguay	11
Agradecimientos	13
Prefacio	15
¿De qué se trata este manual?	17
¿Para qué sirve este manual?	17
Principios orientadores para prestar una atención centrada en la mujer	20

Capítulo 1

Concientización acerca de la violencia contra la mujer	25
¿Qué es la violencia contra la mujer?.....	27
¿Cómo darse cuenta de que una mujer podría estar sufriendo violencia?.....	30
¿Qué debo hacer si sospecho que hay violencia?.....	32
¿Cómo documentar la violencia de pareja o la violencia sexual?	34

Capítulo 2

Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja	37
Qué es el apoyo de primera línea	39
ATENCIÓN AL ESCUCHAR.....	43
NO JUZGAR Y VALIDAR.....	46
INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES.....	49
MEJORAR LA SEGURIDAD	51
APOYAR	60
Preguntas frecuentes.....	64

Capítulo 3

Atención complementaria de la salud física en casos de violencia sexual y en situaciones de violencia física con lesiones	73
1. Realice la anamnesis y el examen físico	78
2. Provea tratamiento.....	89
3. Seguimiento después de una agresión sexual	102

Capítulo 4

Atención complementaria de la salud mental	111
Apoyo psicosocial básico.....	113
Fortalecimiento de las técnicas de afrontamiento positivo de la mujer	114
Recursos de apoyo social disponibles	115
Atención para los problemas de salud mental más graves.....	119
Trastorno depresivo moderado a grave.....	122
Trastorno por estrés posttraumático.....	129
Recursos clave	147

Anexos

Anexo 1

Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes.....	153
--	-----

Anexo 2

Pauta de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia.....	164
--	-----

Anexo 3

Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el sistema nacional integrado de salud	165
---	-----

Anexo 4

Precauciones con respecto a la prescripción de benzodiazepinas....	173
--	-----

Anexo 5

La violencia de pareja y la salud sexual y reproductiva: ¿Cómo pueden ayudar los equipos de Salud Sexual y Reproductiva?	174
--	-----

Lista de guías prácticas

¿Cómo hacer preguntas si se sospecha una situación de violencia?	33
Cómo ayudar a las mujeres a hacer frente a los sentimientos negativos.....	47
¿Cómo detectar una situación de alto riesgo?	54
Cómo hacer un plan de seguridad	57
Flujograma de atención en caso de violencia de pareja	70
Lista de verificación para el examen físico	87
Seguimiento tras una agresión sexual.....	102
Calendario de pruebas de laboratorio	107
Flujograma de atención inicial tras una agresión sexual	108
Ejercicios para ayudar a reducir el estrés.....	117
Ejemplo de formulario de anamnesis y examen físico	133
Recordatorio de bolsillo.....	145

Autoridades de MSP

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

Subsecretario de Salud Pública

Dra. Raquel Rosa

Directora General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Subdirector de la Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco

Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echevarría

Presidente de la Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Brescia

Directora de la Dirección General de Coordinación

Prólogo Ministerio de Salud Pública

Siendo el Derecho a la Salud un derecho inclusivo, la obligación del Estado no se circunscribe a la atención sanitaria, sino que incluye a los factores determinantes que contribuyen a que las personas puedan tener una vida saludable.

La violencia en las relaciones de pareja y la violencia sexual, repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y el bienestar de las personas. Su magnitud y relevancia en la realidad nacional así como los compromisos internacionales asumidos por el país determinan su integración en el plan de gobierno.

El Sistema de Salud de Uruguay desea fortalecer su capacidad de respuesta a esta problemática y al incluirlo en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), se espera impactar en este problema crítico con resultados concretos que beneficien a la población, mejorando la atención integral, trabajando desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

A este objetivo contribuye este proceso de revisión, validación y adaptación del Manual Clínico dirigido a la Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. El Ministerio de Salud con el apoyo técnico de OPS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental e Iniciativas Sanitarias, presenta esta versión nacional, destinada a aportar herramientas a los equipos de salud para mejorar la calidad y la articulación de la respuesta a estas situaciones.

Este proceso ha sido posible en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con una política pública fuertemente comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y dentro de éstos, de la Violencia Basada en Género y Generaciones. Esta nueva versión da cuenta de los avan-

ces del trabajo colectivo intenso que se viene realizando desde el año 2005 en el sector salud. Asimismo recoge los lineamientos establecidos en el marco de los acuerdos intersectoriales y del Plan de acción 2016-2019 por una vida libre de violencia de género con mirada generacional.

Instamos a los equipos a incorporar en sus prácticas esta herramienta en tanto instrumento para mejorar la calidad en la atención a la salud.

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud Pública

Introducción a la versión Uruguay

La experiencia de Uruguay hacia la adaptación y validación del Manual Clínico propuesto por la OMS en conjunto con UNFPA y ONU Mujeres, para la “Atención de salud dirigida a las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual” se inscribe en el marco de un intenso y largo trayecto -especialmente en los últimos 20 años- de acciones orientadas a la prevención y erradicación de la violencia hacia las mujeres. Esfuerzo que ha tenido -y tiene- el impulso y la iniciativa del Estado a través de sus diferentes órganos institucionales y de gobierno, de la sociedad civil organizada –en especial el movimiento de mujeres y el apoyo de agencias de cooperación internacional.

Por tanto, circunscribir esta iniciativa –adaptación del Manual Clínico- al conjunto de acciones que el país ha ido implementando a nivel general y más concretamente en el campo de la salud, permite concebir este proceso como un hito más en el camino trazado.

Cabe destacar que el camino recorrido en Uruguay hacia la adaptación del manual ha sido posible gracias a las sinergias entre el Ministerio de Salud, la Representación en Uruguay y el Programa Regional de Violencia Intrafamiliar de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y la asociación civil Iniciativas Sanitarias.

Agradecimientos

El presente manual adaptado al Uruguay ha sido posible gracias a la valiosa participación de personas que han aportado su experiencia y conocimiento con el fin de lograr un producto que representa un importante insumo para el abordaje de la violencia de pareja y sexual en la atención clínica.

Un agradecimiento especial a la Red de Equipos de referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones (ERVBBG) y particularmente al Dr. Daniel Facelli, Lic.Enf. Claudia Cánepa, Lic.T.S Daniela Osoreo, la Lic.Reg.Méd. Alejandra Fuidio, el Dr. Jorge Pólvora, la Dra. Cristina Lindner y la Lic.T.S. Rosario Barretto.

Asimismo, se agradece la valiosa colaboración de la Dra Gabriela Piriz, de la Red de Atención Primaria de la región metropolitana de ASSE, la Dra Ana Visconti del área programática de Salud Sexual y Reproductiva del MS y a la Lic. T.S. Dariana Rodríguez de la Dirección Nacional de Coordinación del MS.

La ex Diputada y Senadora de la República Margarita Percovich, la As. Social Nita Samuniski de la organización feminista Mujer Ahora y la Lic. Karina Ruiz del Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social; han enriquecido y facilitado el proceso de validación y adaptación del manual clínico a través de sus consideraciones y aportes sobre la situación de la violencia de pareja y violencia sexual en el Uruguay y sobre los desafíos del sistema de salud en la temática.

A su vez, este manual se nutre del trabajo de una multitud de personas en todo el mundo que se dedican a prevenir la violencia contra la mujer y a brindar atención y apoyo a aquellas que han sufrido violencia de pareja y violencia sexual.

En relación a la versión original del manual, agradecemos el asesoramiento y la revisión del texto de Peter Gichangi, Kelsey Hegarty, Ruxana Jina, Jane Koziol-McLain y Ana Flavia Lucas d'Oliveira, y la contribución a los capítulos sobre salud mental que realizaron Mark van Ommeren, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que a Lynne Jones y Ka Young Park.

Asimismo, hemos contado con el valioso aporte de los participantes en la consulta técnica mundial de la Agencia de Naciones Unidas para la Mujer (ONU Mujeres), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) y de la OMS sobre la respuesta del sector salud a la violencia contra las mujeres y las niñas, celebrada en Bangkok en noviembre del 2013.

Claudia García-Moreno, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR, por su sigla en inglés) de la OMS, ha dirigido la elaboración de este manual y ha supervisado el desarrollo del texto final. También contribuyeron a este trabajo Avni Amin, Christina Pallitto y Thais de Rezende, también del RHR, y esta última, además, desarrolló la guía para el pilotaje de campo del manual. Sarah Johnson y Ward Rinehart, de Jura Editorial Services, han sido los responsables de la redacción y edición de este documento en inglés.

Finalmente quisiéramos agradecer a Alessandra Guedes y a Constanza Hege de la Oficina Regional de Violencia Intrafamiliar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por su contribución a la revisión técnica de la versión original y la revisión de la versión en español para América Latina y El Caribe. Agradecemos también a Devora Kestel y Claudina Cayetano de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS por sus aportes a los componentes de salud mental de la versión en español.

Prefacio

Este manual se basa en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, del 2013, así como en otros documentos de orientación de la OMS, a saber:

- Clinical management of rape survivors (OMS, UNFPA y ACNUR, 2004);
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (OMS, 2003);
- Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection (2007);
- Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo (OMS, War Trauma Foundation y World Vision International, 2011);
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2010);
- Clinical management of mental, neurological and substance use conditions during humanitarian emergencies (OMS y ACNUR).

La versión original de este manual forma parte del componente de salud del Programa Mundial Conjunto sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas Víctimas de la Violencia 2013-2017, una iniciativa conjunta de ONU-Mujeres y el UNFPA.

Documentos consultados para la versión adaptada en Uruguay:

- Abordaje a las situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el Primer Nivel de Atención.
Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20para%20el%20Abordaje%20Violencia%20Domestica%20MSP%202009_0.pdf
- Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional. Consejo nacional consultivo de lucha contra la violencia doméstica CNCLVD.
Disponible en :
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/libro_pldeaccion_v2016_web-version-con-decreto.pdf
- Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica. Lineamientos conceptuales. Ministerio de Salud de Uruguay.
Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS.pdf
- Nota conceptual sobre situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes CNCLVD.
Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Situaciones%20de%20riesgo%20de%20violencia%20dom%3%A9stica%20hacia%20mujeres_%20ni%C3%B1os.pdf
- Documento sobre Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) hacia 2020. Ministerio de Salud de Uruguay.
Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%20MAYO%202016.pdf

¿De qué se trata este manual?

El presente manual está dirigido a integrantes del equipo de salud como usted y su propósito es ayudarlo a brindar atención a las mujeres que han sufrido violencia. Dicha violencia puede ser física, sexual o psicológica, infligida por una pareja o, en el caso de la violencia sexual, por cualquier persona.

La violencia afecta la salud de las mujeres en muchos aspectos y tiene repercusiones tanto inmediatas como duraderas, que pueden ser obvias o estar ocultas. Las mujeres que han sufrido maltrato o agresiones necesitan atención y apoyo. Como integrante del equipo de salud, usted puede ser la primera persona con quien la mujer hable de su situación de violencia, y este manual ha sido diseñado especialmente para ayudarlo a responder de manera adecuada.

¿Para qué sirve este manual?

En el apoyo de primera línea a las mujeres que han sufrido violencia se debe prestar atención a cuatro clases de necesidades:

- las necesidades inmediatas de salud emocional y psicológica;
- las necesidades inmediatas de salud física;
- las necesidades continuas con respecto a la seguridad;
- las necesidades continuas de salud mental y de apoyo.

Los integrantes de los equipos de salud incluso quienes no sean especialistas— pueden ayudar de diversas maneras sencillas a las mujeres que han sufrido violencia; dicha ayuda puede ser de gran importancia para la salud de estas mujeres.

Este manual ofrece una serie de pasos y sugerencias sencillos para ayudar a prestar dicha atención y consta de los siguientes cuatro capítulos:

1. Concientización acerca de la violencia contra la mujer.
2. Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja.
3. Atención médica adicional después de una agresión sexual.
4. Apoyo adicional de salud mental.

El manual contiene una serie de guías prácticas que le servirán de orientación para dar atención y apoyo a las mujeres que están sufriendo o han sufrido violencia.

Las directrices en las cuales se basa este manual no abordan directamente los casos de las niñas y las adolescentes¹ ni de los varones que sufren violencia. Muchas de las propuestas que contiene también son válidas para esos grupos poblacionales y para abordar situaciones de violencia en las relaciones de parejas del mismo sexo y personas trans.

Violencia sexual contra los hombres

Los hombres también pueden sufrir violencia de pareja y agresiones sexuales, pero en general son las mujeres quienes más sufren violencia sexual, maltrato físico más grave y mayor control por parte de su pareja.

Si bien el presente manual se centra en la violencia infligida por los hombres contra las mujeres, gran parte de su contenido también

¹ Para más información vea las directrices clínicas de la OMS cuyo enfoque es la atención a niños/as y adolescentes que sufrieron violencia sexual <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/clinical-response-csa/en/>, las cuales estarán disponible en español en 2018.

es relevante para los casos de violencia sexual contra los hombres y los niños, así como para las agresiones infligidas contra la mujer por otros miembros de la familia.

¿Por qué la violencia contra la mujer es diferente de otros problemas de salud?

Las mujeres que han sufrido violencia pueden tener necesidades distintas de los demás pacientes, en particular:

- pueden tener diversas necesidades emocionales que requieran atención;
- pueden sentir temor y necesitar que la tranquilicen;
- brindar apoyo, escuchar de manera activa y empática sin emitir ningún juicio de valor, son las funciones más importantes que usted tiene;
- pueden necesitar o no atención física;
- pueden estar preocupadas continuamente por su seguridad y por la de su familia e hijos;
- pueden requerir derivaciones o acceso a otros recursos para cubrir las necesidades que el sistema de salud no satisfaga;
- necesitan ayuda para sentir que tienen más control de la situación y que pueden tomar sus propias decisiones.

Principios orientadores para prestar una atención centrada en la mujer

La atención centrada en la mujer significa que la atención que usted le brinde dependerá de lo que la mujer desee.

Actúe en respuesta a lo que desee la mujer, préstele la mejor atención posible y evite aumentar su sufrimiento.

La atención centrada en la mujer se rige por dos principios fundamentales: el respeto por los derechos humanos de la mujer y la promoción de la equidad de género. ¿Qué significa esto en la práctica?

1. Enfoque basado en los derechos. Los derechos humanos de las mujeres están establecidos en los Tratados y Convenciones Internacionales² y Uruguay ha suscrito estos convenios. Estos derechos comprenden:

- **el derecho a la vida:** las mujeres tienen derecho a una vida sin temor ni violencia;
- **el derecho a la autodeterminación:** Las mujeres tienen la potestad para tomar sus propias decisiones, incluidas las decisiones de carácter sexual y reproductivo, para rehusar tratamientos médicos y para emprender acciones legales, contemplando la autonomía progresiva para las adolescentes;

2 Convención NU – CEDAW 1979

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Convención sobre los Derechos del Niño UN 1989

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer OEA 1995

<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

- **el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr:** las mujeres tienen derecho a servicios de salud de buena calidad, disponibles, accesibles y aceptables para ellas;
- **el derecho a no ser discriminada:** las mujeres tienen derecho a servicios de salud en los que no se discrimine ni se niegue tratamiento por razones de raza, etnia orientación sexual, religión, discapacidad, estado civil, ocupación, ideología política; edad, condición de migrante o situación socio económica;
- **el derecho a la intimidad y la confidencialidad:** las mujeres tienen derecho a que se les brinde atención, tratamiento y orientación en un entorno privado y confidencial; y a que la divulgación de la información se haga únicamente con su consentimiento;
- **el derecho a la información:** las mujeres tienen derecho a saber qué información se ha recogido acerca de su salud y a acceder a dicha información, incluida la historia clínica.

En su consulta: Trate a todas las mujeres de una manera justa y respetuosa, sin discriminación alguna. Tenga en cuenta que una mujer puede tener que enfrentar múltiples formas de discriminación: no solo por ser mujer, sino también por su raza, etnia, orientación sexual, religión, discapacidad u otras características, o bien porque ha sufrido o sufre violencia.

2. Perspectiva y equidad de género. Tener sensibilidad de género significa tener conciencia de cómo las diferencias de poder entre las mujeres y los hombres configuran el trato que se dispensan entre sí, el acceso que tienen a los recursos para proteger su salud y, muchas veces, el trato que el sistema de salud les brinda. Garantizar la igualdad de género en la salud significa ofrecer una atención justa tanto a las mujeres como a los hombres, teniendo en cuenta sus necesidades y preocupaciones de salud específicas,

de manera que ambos tengan la misma posibilidad de ejercer sus derechos y el mismo potencial para tener buena salud.

Es importante comprender que la violencia contra la mujer tiene sus raíces en la desigualdad de poder que existe entre los hombres y las mujeres; que las mujeres suelen tener menos acceso que los hombres a recursos como el dinero y la información, y menos libertad para decidir por sí mismas; que las mujeres pueden ser culpadas y estigmatizadas por la violencia que sufren, y pueden sentir vergüenza y baja autoestima.

Considere que la mujer a veces no es consciente de estar viviendo una situación de violencia, que puede tener naturalizada. El equipo de salud tiene un rol importante en desnaturalizar este fenómeno

En su consulta: Como proveedor de servicios de salud, usted debe, como mínimo, no fomentar estas desigualdades y promover la autonomía y la dignidad de la mujer. Esto requiere:

- ser consciente de las dinámicas de poder y de las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres;
- reafirmar el valor de las mujeres como personas;
- respetar la dignidad de las mujeres;
- escucharlas, creerles y tomar con seriedad lo que ellas dicen;
- abstenerse de culparlas o juzgarlas;
- ofrecerles información y orientación para ayudarlas a tomar sus propias decisiones.



Capítulo 1

Concientización
acerca de la violencia
contra la mujer

¿Qué es la violencia contra la mujer³?

El presente manual se centra en la violencia infligida por los hombres contra las mujeres, en particular la violencia sexual y la violencia de pareja.

1. Violencia sexual

Se refiere a la violación sexual o a los actos sexuales forzados; puede ser cometida por un conocido de la mujer (la pareja, otro miembro de la familia, un amigo o un allegado) o por un desconocido.

2. Violencia de pareja

Se refiere al maltrato pasado o presente cometido por la actual pareja o por una expareja (marido, novio, amante, etc.).

Las mujeres pueden sufrir varios tipos de violencia infligida por una pareja masculina: violencia física, maltrato emocional o psicológico, comportamientos controladores y agresiones sexuales. A efectos de facilitar la comprensión del fenómeno las diferentes formas de violencia se describen separadamente, aunque algunas veces ocurran de manera simultánea. A modo de ejemplo, una mujer que sufre violencia física y/o sexual también es víctima de maltrato emocional y psicológico.

³ En Uruguay las definiciones están contenidas en las leyes vigentes: Ley 17.514/2002 y Ley 19.580/2017.

2.1 Violencia física de pareja

Consiste en causar lesiones o daños corporales a la mujer, por ejemplo mediante golpes, bofetadas, patadas, puñetazos o empujones, o con un arma.

2.2 Maltrato emocional y psicológico de pareja

Incluye varios tipos de comportamiento hacia la mujer como:

- criticarla reiteradamente;
- insultarla, burlarse de ella y ridiculizarla (por ejemplo, decirle que es fea o estúpida) ;
- amenazarla con lastimarla a ella o a sus hijos;
- amenazarla con destruir objetos que son importantes para ella;
- despreciarla y humillarla en privado o en público.

2.3 Comportamientos controladores

Incluyen, por ejemplo:

- no permitir a la mujer que salga de la casa o aislarla de su familia o sus amigos;
- insistir en saber dónde se encuentra ella en todo momento;
- acusaciones constantes por celos
- impedirle acudir a los servicios de salud sin permiso;
- control a través del dinero.

2.4 Violencia sexual de pareja

Las agresiones sexuales consisten en:

- forzar a la mujer a mantener relaciones sexuales o a realizar cualquier acto sexual en contra de su voluntad;
- lastimarla durante las relaciones sexuales;
- obligarla a mantener relaciones sexuales sin protección contra el embarazo o contra las infecciones.

¿Cómo darse cuenta de que una mujer podría estar sufriendo violencia?

Es importante que los integrantes de equipos de salud sean conscientes de que los problemas de salud que observan en la mujer pueden deberse a la violencia o pueden estar agravados por la violencia. Es necesario tener en cuenta que la mujer puede estar sufriendo violencia de pareja o violencia sexual en la actualidad, o puede haberla sufrido recientemente o en el pasado.

Las mujeres que sufren violencia de pareja suelen acudir a los servicios de salud por problemas relacionados con esta, tanto emocionales como físicos, incluidas las lesiones. Sin embargo, es habitual que las mujeres no hablen sobre la violencia, ya sea por vergüenza, por miedo a ser juzgadas o por temor a su pareja.

Usted puede sospechar que una mujer ha sufrido violencia si presenta **cualquiera** de las siguientes características:

- problemas actuales o recurrentes de salud emocional o psicológica, como estrés, ansiedad o depresión;
- comportamientos perjudiciales como el consumo excesivo de alcohol o el consumo de drogas;
- pensamientos, planes o actos de autolesión o intentos de suicidio;
- lesiones físicas recurrentes que no tengan explicación clara;
- infecciones recurrentes de transmisión sexual;
- embarazo no intencional;
- interrupciones voluntarias de embarazo;
- abortos espontáneos;

- dolores o trastornos crónicos sin explicación (dolores pélvicos o problemas del sistema reproductivo, trastornos gastrointestinales, infecciones de las vías urinarias, dolores de cabeza, etc.);
- consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro.

También puede sospechar un problema de violencia si la pareja de la mujer se entromete durante la consulta, si la mujer falta con frecuencia a sus citas médicas o a las de sus hijos, o si estos tienen problemas emocionales y de comportamiento⁴.

La OMS alienta a los equipos de salud a mencionar el tema a todas aquellas mujeres que presenten lesiones o trastornos que puedan estar relacionados con la violencia, si bien las directrices del 2013 no recomiendan el método de detección universal o de indagación sistemática.

4 Para complementar sugerimos: "Abordaje de Situaciones de Violencia Domestica hacia la Mujer. Guía para el Primer Nivel de Atención, Pág. 66, año 2009. Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20para%20el%20Abordaje%20Violencia%20Domestica%20MSP%202009_0.pdf

¿Qué debo hacer si sospecho que hay violencia?

Nunca debe plantear el tema de la violencia de pareja si la mujer no acude sola a la consulta. Aunque la acompañe otra mujer, tenga presente que podría ser la madre o la hermana del agresor, tampoco se debe plantear frente a los niños.

Si decide preguntar a la mujer si sufre algún tipo de violencia, hágalo en un tono empático, sin emitir juicios críticos, empleando un lenguaje adecuado y sensible a la cultura y la comunidad donde se preste el servicio. Algunas mujeres pueden rechazar los términos “violencia” o “maltrato”. Cada mujer, de acuerdo a su contexto social y cultural tiene su propia manera de referirse a este problema, por lo que es importante usar las mismas palabras que usen las mujeres.

La guía práctica que figura a continuación proporciona ejemplos del tipo de frases y preguntas que pueden usarse para averiguar si hay una situación de violencia de pareja.

¿Cómo hacer preguntas si se sospecha una situación de violencia?

A continuación se proponen algunas frases útiles para introducir el tema de la violencia antes de pasar a hacer preguntas directas al respecto:

- “Muchas mujeres tienen problemas con su pareja o esposo, o con alguna otra persona con quienes conviven.”
- “He conocido a mujeres con problemas como el suyo que tienen problemas en la casa.”

Las siguientes son algunas preguntas sencillas y directas que puede usar como punto de partida y que demuestran que usted está interesado en escuchar acerca de los problemas de la mujer. Según lo que ella responda, siga indagando y escuchando su relato. Si responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, ofrézcale apoyo de primera línea **“ANIMA”** (véase la página 40):

- “¿Le tiene miedo a su pareja (o a su esposo)?”
- “¿Alguna vez su pareja (o su esposo) u otra persona con quien convive ha amenazado con lastimarla o hacerle daño físico? En ese caso, ¿cuándo sucedió eso?”
- “¿Su pareja (o su esposo) u otra persona de la casa la insulta o la intimida?”
- “¿Su pareja (o su esposo) trata de controlarla, por ejemplo, no le permite tener dinero o salir de casa?”
- “¿Su pareja (o su esposo) la ha obligado a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales sin que usted quiera?”
- “¿Su pareja (o su esposo) ha amenazado con matarla?”

¿Cómo documentar la violencia de pareja o la violencia sexual?

La documentación es importante para brindar una atención sensible y continua, para que en la próxima consulta usted pueda recordar adecuadamente de qué se trata el caso o para informar a los otros integrantes del equipo de salud que atiendan a la mujer en consultas posteriores. Asimismo, documentar las lesiones es importante si la mujer decide interponer una denuncia.

- Informe a la mujer lo que a usted le gustaría dejar por escrito y el motivo. Pregúntele si está de acuerdo y respete su voluntad. No registre nada que la mujer no quiera.
- Consigne en la historia clínica todos los problemas de salud y los signos y síntomas referidos por la mujer, como lo haría en cualquier otra consulta, incluida una descripción completa de las lesiones. Puede ser útil anotar la causa o presunta causa de dichas lesiones o de otros trastornos, mencionando quién las infligió.
- No escriba nada en documentos a los que puedan tener acceso quienes no deben conocer esos datos, por ejemplo en el sobre de una radiografía o en la tabla de notas clínicas del pie de la cama.
- Tenga en cuenta las situaciones en las que pueda violarse la confidencialidad. Sea precavido con lo que escribe, así como con los documentos en los que escribe y el lugar donde los deja.
- Para promover la confidencialidad, pueden emplearse los códigos de la CIE10 que aplican a la violencia de pareja o la violencia sexual.

Qué debo hacer si sospecho que puede haber una situación de violencia, pero la mujer no la revela

- No presione a la mujer; dele tiempo para que ella misma decida lo que desee contar.
- Infórmela de los servicios que están disponibles si ella decide recurrir a ellos (tanto dentro, como fuera del sistema de salud).
- Ofrezcale información sobre las consecuencias de la violencia tanto para su propia salud como para la de sus hijos.
- Propóngale tener una consulta de seguimiento.

Capítulo 2

Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja

Qué es el apoyo de primera línea

Es el que se debe brindar por parte de todos los integrantes del equipo de salud en todos los niveles de atención, desde el momento que toman contacto con una mujer que ha sufrido violencia, más allá de que en los casos complejos o de riesgo alto se requiera un abordaje y una formación específica. Esta especificidad requiere coordinar la intervención de los Equipos de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones (ERVBGG).

El apoyo de primera línea provee atención práctica y responde a las necesidades de la mujer, tanto emocionales y físicas como de seguridad y apoyo, sin invadir su privacidad.

El **apoyo de primera línea es muchas veces el servicio más importante que usted puede brindar**. Aunque sea lo único que usted pueda hacer, representará una ayuda enorme para la mujer. El apoyo de primera línea ha ayudado a muchas personas que han sufrido situaciones perturbadoras o dolorosas, incluidas las mujeres que han sufrido violencia.

Recuerde: Es posible que esta sea la única oportunidad que tenga de ayudar a esta mujer.

La **evaluación** y la **atención de salud física y emocional o psicológica** se deben realizar al mismo tiempo. En este manual se abordan en capítulos distintos solo para ayudarle a comprender las acciones clave en la atención. En el capítulo 4 se aborda lo relacionado con la salud mental para los casos que requieran una atención más detallada.

El apoyo de primera línea comprende cinco tareas sencillas. Responde al mismo tiempo tanto a las necesidades emocionales como a las necesidades prácticas. Las letras de la palabra “**ANIMA**” pueden ayudarle a recordar las cinco tareas que protegen la vida de las mujeres. Estas tareas se resumen en la siguiente tabla:

A TENCIÓN AL ESCUCHAR	Escuche atentamente a la mujer con empatía.
N O JUZGAR Y VALIDAR	Demuestre a la mujer que la comprende, que le cree y que no la juzga. Asegúrele que ella no tiene la culpa de lo sucedido.
I NFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES	Evalúe y responda a las diversas necesidades y preocupaciones que la mujer tenga: emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos).
M EJORAR LA SEGURIDAD	Analice con ella un plan para que la mujer se pueda proteger a sí misma a partir de ese momento, en caso de que los episodios de violencia se repitan.
A POYAR	Apoye a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita.

Véanse las páginas 43 a 63, en las que se describen más a fondo las cinco tareas del apoyo de primera línea. En los flujogramas de las páginas 70 y 108 se muestra cómo se articulan los componentes de “ANIMA” en la secuencia de atención de salud para los casos de violencia de pareja y de violencia sexual.

El apoyo de primera línea responde a las necesidades emocionales

El apoyo de primera línea quizá sea la atención más importante que usted pueda proveer a la mujer y es posible que sea la única que ella necesite.

El apoyo de primera línea **atiende** tanto las necesidades emocionales como las necesidades prácticas; sus objetivos son:

- determinar qué necesita la mujer y qué le preocupa;
- escuchar y validar sus preocupaciones y sus experiencias;
- ayudarla a sentirse conectada con los demás, tranquila y con esperanzas;
- empoderarla para que sienta que puede ayudarse a sí misma y que puede pedir ayuda;
- explorar las opciones que tiene;
- respetar sus deseos;
- ayudarla a encontrar respaldo social, físico y emocional;
- mejorar su seguridad.

Recuerde: Cuando ayuda a la mujer a cubrir sus necesidades prácticas, la está ayudando también con sus necesidades emocionales. Al ayudarla con sus necesidades emocionales, está fortaleciendo la capacidad de la mujer para responder a sus necesidades prácticas.

Lo que no hay que hacer:

- pretender resolver los problemas de la mujer;
- convencerla para que abandone una relación violenta;
- convencerla para que acuda a otros servicios, como la policía o los tribunales;
- preguntarle por detalles que la obliguen a revivir los momentos dolorosos;
- pedirle que analice lo que sucedió o los motivos;
- presionarla para que le cuente sus sentimientos y reacciones frente a la agresión.

Estas acciones podrían ser más perjudiciales que beneficiosas.

Consejos prácticos para lograr una conversación beneficiosa con la mujer

- Encuentre un lugar donde haya privacidad y nadie pueda oír lo que se diga (asegúrese que no sea un lugar que indique a otros el motivo de la consulta).
- Garantice a la mujer que lo que diga será confidencial y que usted no mencionará esa charla a nadie que no deba saberlo. Si la situación es de notificación obligatoria, explíquese qué información se comunicará y a quién.
- Anímela a que hable y muéstrele que la está escuchando con atención.
- Aliéntela a seguir hablando si quiere, pero sin forzarla (“¿Quiere contarme algo más?”).
- Permita los silencios. Si llora, dele tiempo para que se reponga.

Recuerde: Respete siempre la voluntad de la mujer.

ATENCIÓN AL ESCUCHAR

Propósito

Brindar a la mujer la oportunidad de que diga lo que quiera a una persona que está dispuesta a ayudarla, en un entorno seguro y privado. Esto es importante para su recuperación emocional.

Escuchar atentamente es la parte principal de una buena comunicación y la base del apoyo de primera línea, y consiste en algo más que oír las palabras de la mujer. Escucharla atentamente significa:

- ser consciente de los sentimientos que hay detrás de lo que ella dice;
- prestar atención tanto a lo que ella dice como a lo que calla;
- prestar atención a la comunicación no verbal —tanto la de ella como la suya propia—, es decir, las expresiones faciales, el contacto visual, los gestos, etc.;
- permanecer al mismo nivel que ella (sentado o de pie), lo suficientemente cerca para mostrar que tiene interés en su relato y que está prestando atención, pero lo suficientemente lejos para que ella no se sienta invadida;
- a través de la empatía, mostrar que comprende cómo se siente ella.

Qué se debe hacer y qué no para escuchar de una manera activa

Qué hacer	Qué no hacer
Cómo actuar	
Tenga paciencia y manténgase tranquilo.	No la presione para que cuente su historia.
Indíquele que la está escuchando, por ejemplo, asintiendo con la cabeza o diciendo “mmm...”.	No mire el reloj ni hable demasiado rápido. Trate de no contestar el teléfono, no mirar la computadora ni tomar notas.
Qué actitud adoptar	
Muéstrele que entiende cómo se siente ella.	No juzgue lo que la mujer ha hecho o dejado de hacer, ni cómo se siente. No use frases como: “no debería sentirse así”, “síntase afortunada de haber sobrevivido” ni “¡pobre!”.
Deje que ella cuente su historia a su ritmo.	No la apesure.
Qué decir	
Dele la oportunidad de que diga lo que desea. Pregúntele: “¿Cómo puedo ayudarla?”	No dé por sentado que usted sabe lo que es mejor para ella.
Anímela a seguir hablando si ella así lo quiere. Pregúntele: “¿Quiere contarme algo más?”	No la interrumpa. Espere a que haya terminado su relato antes de hacerle preguntas.

Qué hacer y qué no hacer para escuchar de una manera activa

Qué hacer	Qué no hacer
Permita que haya momentos de silencio. Dele tiempo para pensar.	No trate de completar las frases por ella.
Mantenga la concentración en la experiencia de la mujer y en ofrecerle apoyo.	No le cuente la historia de otra persona ni le hable de sus propios problemas.
Reconozca lo que desea la mujer y respete su voluntad.	No piense ni actúe como si usted tuviese que resolver los problemas en lugar de ella.

Aprenda a escuchar con los



Ojos: prestándole toda la atención.



Oídos: haciendo caso verdadero a sus preocupaciones.



Corazón: tratándola con consideración y respeto.

NO JUZGAR Y VALIDAR

Propósito

Comunicar a la mujer que lo que siente es usual en estos casos, que puede expresar sus sentimientos sin peligro y que tiene derecho a vivir sin violencia ni miedo.

Validar la experiencia de una persona significa transmitirle que la está escuchando con atención, que entiende lo que ella dice y que le cree sin juicios ni condiciones.

Cosas importantes que usted puede decir

- “No es su culpa. Usted no es la culpable.”
- “Está bien hablar.”
- “Podemos ayudarla.” [Diga esto solo si es verdad.]
- “Lo sucedido no tiene ninguna justificación ni excusa.”
- “Ninguna mujer merece que su pareja la maltrate.”
- “No está sola. Desafortunadamente, muchas otras mujeres han sufrido el mismo problema.”
- “Su vida, su salud y usted valen mucho.”
- “Todas las personas tienen derecho a sentirse a salvo en casa.”
- “Me preocupa que esto pueda estar afectando su salud.”

Las siguientes guías prácticas proponen algunas maneras de ayudar a las mujeres que han sufrido violencia a afrontar diversos sentimientos y reacciones.

Cómo ayudar a las mujeres a hacer frente a los sentimientos negativos

Sentimiento	Posibles respuestas
Desesperanza	“Muchas mujeres logran mejorar su situación. Con el paso del tiempo probablemente verá que hay esperanza.”
Desesperación	Enfóquese en las fortalezas de la mujer y en cómo ella ha sido capaz de resolver una situación peligrosa o difícil en el pasado.
Impotencia, pérdida de control	“Hoy usted tiene opciones y puede elegir cómo actuar.”
Recuerdos involuntarios de vivencias traumáticas	Explique que los recuerdos son habituales, pero que suelen ser menos frecuentes o desaparecer con el paso del tiempo.
Negación	“He tomado con mucha seriedad lo que usted me ha dicho. Estaré aquí si necesita ayuda más adelante.”
Culpa y autoreproche	“Usted no tiene la culpa de lo que ha sucedido. Usted no es responsable del comportamiento de su pareja.”

Sentimiento	Posibles respuestas
Vergüenza	“Es común sentirse avergonzada; sin embargo, recuerde que lo que ha pasado no ha sido su culpa”
Miedos infundados	Enfatice: “Usted ahora está en un lugar seguro. Podemos hablar de cómo puede mejorar su seguridad.”
Adormecimiento emocional (disminución de la intensidad de la expresividad emocional)	“Esta es una reacción habitual ante las situaciones difíciles. Sin embargo, volverá a tener sentimientos y emociones; todo a su debido tiempo.”
Cambios del estado de ánimo	Explique que son habituales y que irán mejorando con el proceso curativo.
Rabia contra el agresor	Reconozca que es un sentimiento válido.
Ansiedad	“Es común sentirse así, sin embargo podemos hablar de cómo disminuir la ansiedad.”
Sentimientos de impotencia o desamparo	“Estamos aquí para ayudarla.”

INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES

Propósito

Averiguar lo que es más importante para la mujer, respetar su voluntad y responder a sus necesidades.

Cuando esté escuchando la historia de la mujer, preste especial atención a lo que diga sobre sus necesidades y preocupaciones, así como a lo que no diga explícitamente pero deje entrever en sus palabras o gestos. Ella puede hablarle de sus **necesidades físicas**, de sus **necesidades emocionales** o de sus necesidades económicas, manifestar preocupación por su **integridad** o referirse al **apoyo social** que necesita. Usted puede emplear las técnicas que se describen a continuación para ayudarla a expresar lo que necesita y para asegurarse de que la ha comprendido adecuadamente.

Técnicas de comunicación	
Principios	Ejemplos
Formule las preguntas como invitaciones para hablar.	“¿De qué le gustaría hablar?”
Formule preguntas abiertas para motivarla a que hable, en vez de que se limite a decir sí o no.	“¿Cómo la hace sentir esta situación?”

Repita o reformule lo que la mujer haya dicho para confirmar que la ha entendido bien.	“Me dijo que se siente muy frustrada.”
Refleje los sentimientos de la mujer.	“Me parece que se siente enojada...” “Parece estar muy afectada.”
Profundice en algún tema según sea necesario.	“¿Me puede contar algo más sobre eso?”
Pida aclaración si no comprende algo.	“¿Me lo puede explicar de nuevo, por favor?”
Ayúdela a identificar y expresar qué necesita y qué la preocupa.	“¿Hay algo que necesite o que la preocupe?” “Quizá necesite un lugar donde alojarse.” “La veo preocupada por sus hijos”.
Resuma lo expresado por la mujer.	“Entiendo que usted me dice que...”
Algunas cosas que se deben evitar	
Evite hacer preguntas que sugieran la respuesta, como por ejemplo: “Me imagino que se sintió muy mal, ¿no?”	
Evite hacer preguntas con “por qué”, ya que pueden parecer acusadoras, por ejemplo: “¿Por qué lo hizo?”	

MEJORAR LA SEGURIDAD

Propósito

Ayudar a la mujer a que evalúe su situación y trace un plan para mejorar su seguridad a partir de ese momento en función del nivel de riesgo de la situación.

Muchas mujeres que han sufrido violencia temen por su integridad y/o la de sus hijos u otros familiares. Otras quizá no crean que necesiten un plan para mejorar su seguridad porque no esperan que los maltratos se repitan o porque creen que pueden controlar la situación. En general, hay que explicar a las mujeres que han sufrido violencia que es poco probable que una situación de violencia de pareja se resuelva por sí sola, que tiende a persistir y que con el tiempo puede empeorar y volverse más frecuente.

Evaluar y planificar para mejorar la seguridad es un proceso continuo que no es posible abarcar en una sola conversación. Sin embargo, cada vez que la mujer vaya a su consulta, usted puede ayudarla a determinar sus necesidades, analizar su situación particular y evaluar sus opciones y recursos.

Cómo evaluar la seguridad después de una agresión sexual

Las mujeres que sufren una agresión sexual suelen conocer al agresor y es habitual que la agresión se produzca en la casa. Si la mujer conoce al agresor, evalúe con ella si es conveniente que vuelva a su casa.

Cómo evaluar el riesgo inmediato de violencia de pareja

Algunas mujeres saben cuándo corren un peligro inmediato y tienen miedo de volver a su casa. Si la mujer está preocupada por su integridad, hay que tomar su preocupación con mucha seriedad.

Otras mujeres quizá necesiten ayuda para percatarse de cuándo corren un riesgo inmediato. Hay preguntas específicas que se pueden hacer para ver si es seguro para ella regresar al domicilio. Es importante determinar si existe un riesgo inmediato de lesiones graves.

Si se aprecia un riesgo alto e inmediato, puede decir a la mujer: “Me preocupa su seguridad”. Se ayudará a la mujer a planificar una estrategia de seguridad con los recursos personales y de su entorno, dentro de lo posible. Ofrezca derivación inmediata a un ERVBBG que pueda atender el caso dentro de las 72 horas siguientes y efectúe el respectivo seguimiento⁵.

Se pueden considerar opciones, en coordinación con los equipos de referencia en violencia basada en género y generaciones (ERVBBG), como llamar a la policía y hacer arreglos para que ella no pase esa noche en su casa.

Para valoración del riesgo, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (Veáse Anexo 1) recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **La presencia de indicadores de riesgo (ver página 54)**
- **El análisis de los antecedentes que han caracterizado la relación de pareja**
- **La percepción y el relato de la mujer**
- **Las características de quien ejerce violencia**

⁵ Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica. Lineamientos conceptuales. Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS.pdf

A continuación le presentamos la guía práctica del **Consejo Nacional Consultivo de Lucha con la Violencia Doméstica** para la evaluación del riesgo en situaciones de violencia doméstica, al cual constituye una herramienta que orienta a la forma de indagar y de abordar este tipo de casos.

Esta guía puede serle de mucha ayuda cuando esté ante situaciones que indican alto riesgo de violencia hacia mujeres y requieren acciones inmediatas y articuladas entre diferentes componentes del sistema de respuesta. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son:

- Violencia Sexual
- Violencia Física que requiera asistencia de salud
- Ideas y/o intentos de suicidio y/u homicidio
- Incumplimiento de medidas cautelares impuestas por la justicia competente

¿Cómo detectar una situación de alto riesgo?

Situaciones con presencia de tres indicadores de riesgo de violencia hacia mujeres deben ser consideradas como de riesgo alto. Estas situaciones requieren acciones inmediatas de manera articulada entre diferentes componentes del sistema de respuesta.

Para evaluar el riesgo de violencia pregunte a la mujer sobre los siguientes indicadores:

1. Amenazas graves y reiteradas de muerte o de ejercer violencia física. Cuando las amenazas son frecuentes; se realizan en el contexto de situaciones de violencia física, quien las efectúa tiene conocimiento sobre el uso de armas y puede acceder a ellas, ya sean estas propias o no propias y/o trabaja con ellas y/o la mujer considera que el agresor es capaz de matarla.

2. Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia. Los episodios violentos son cada vez más frecuentes y de mayor intensidad. Debe indagarse sobre la existencia de ataques previos, tentativas de homicidio (ahorcamientos, asfixia, sumergimiento, ataque con arma blanca, contundente o de fuego -aunque no haya sido disparada), lesiones, privación de libertad, dañar objetos pertenencias y/o herramientas personales de la mujer.
3. Acoso, control y amedrentamiento sistemático de la mujer. Existen conductas de hostigamiento, la pareja sigue y/o la espera a la mujer de forma sistemática; la llama de forma reiterada.
4. La mujer ha tenido que recibir atención de salud como consecuencia de las agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas anteriores.
5. Antecedentes de denuncias de violencia doméstica: refiere a toda denuncia judicial, noticia policial o actuación policial y/o judicial, que se haya verificado en el pasado, iniciada por la actual denunciante, otras mujeres victimizadas o terceras personas.
6. Antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o herramientas personales de la mujer por parte de su pareja.
7. Consumo abusivo o conflictivo de alcohol y /o sustancias legales y/o ilegales, que derivan en conductas violentas por parte de quien ejerce violencia.
8. Trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos que producen comportamientos violentos.

Si regresar a la casa conlleva un peligro para la mujer, remítala a un servicio apropiado de alojamiento seguro o acogida, o hable con ella para encontrar un sitio seguro al que pueda acudir (por ejemplo, la casa de una amiga, o **de un familiar**).

Considere asesorar sobre posibilidad de denuncia de acuerdo al diagrama sobre situaciones de alto riesgo elaborado por el CNCL-VD (ver en Anexo 1).

Cómo elaborar un plan de seguridad

Incluso aquellas mujeres que no corren un riesgo alto e inmediato de violencia pueden beneficiarse de un plan de seguridad. Si la mujer tiene un plan, estará en mejores condiciones de manejar la situación en el caso de que se desate repentinamente una situación violenta.

A continuación se indican los elementos de un plan de seguridad y las preguntas que pueden formularse para ayudar a la mujer a elaborarlo.

GUÍA PRÁCTICA

Cómo hacer un plan de seguridad

Lugar seguro adonde ir	Si usted tiene que salir de su casa rápidamente, ¿a dónde podría ir?
Qué hacer con los hijos	¿Se iría sola o se llevaría a sus hijos?
Transporte	¿Cómo llegaría hasta allí?
Qué llevarse	¿Tendría que llevarse algún documento, llaves, dinero, ropa u otras cosas? ¿Cuáles serían las cosas esenciales que necesitaría llevarse?
	¿Puede guardar todas esas cosas juntas en un lugar seguro o dejarlas con alguien, por si acaso?

Aspectos económicos	¿Cuenta con dinero si tiene que irse? ¿Lo tiene guardado en un lugar seguro? ¿Puede disponer de él en caso de urgencia?
Persona de confianza en la vecindad	¿Puede hablarle a alguna vecina de su situación para que llame a la policía o acuda en su ayuda si oye que hay violencia en su casa?

Hable sobre cómo mejorar las condiciones de seguridad en la casa

Si la mujer no puede evitar que las discusiones con su pareja empeoren, aconséjele que procure llevarlas a un cuarto o un área de la que pueda salir con facilidad.

Recomiéndele que evite los espacios donde pueda haber armas.

Si la mujer ha decidido que lo mejor es salir de la casa, aconséjele que haga los planes necesarios y se marche a un lugar seguro ANTES de que su pareja se entere, ya que de lo contrario puede peligrar tanto su propia integridad como la de sus hijos.

Evite poner a la mujer en más riesgo

Hable con la mujer sobre el maltrato únicamente cuando usted y ella estén en privado. Nadie mayor de dos años de edad debe oír la conversación. Nunca aborde el tema de la violencia si la pareja, otros familiares u otra persona que la acompañe, aunque sea una amiga, puede oírlos. Quizá sea preciso inventar una excusa para poder hablar con la mujer en privado, como enviar al acompañante a hacer un mandado o un trámite. Si la mujer trae a sus hijos a la

consulta, puede pedirle a un colega que los cuide mientras usted conversa con ella.

En todo momento recuerde mantener la confidencialidad de la historia clínica. Dicho documento debe conservarse en un lugar seguro y no debe estar sobre un escritorio ni a la vista de cualquier persona.

Hable con la mujer sobre cómo va a justificar su ausencia de la casa. Si tiene que llevarse documentos (para la policía, por ejemplo), hable con ella sobre qué hacer con ellos y cómo guardarlos apropiadamente.

APOYAR

Propósito

Poner a la mujer en contacto con otros recursos de salud, seguridad y apoyo social y jurídico.

Para todas las situaciones de riesgo y/o daño medio y alto se recomienda como buena práctica ofrecer la consulta con el ERVGG y el apoyo psicoterapéutico de salud mental ⁶.

Las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual tienen diversas necesidades que, por lo general, van más allá de lo que puede ofrecérselas en el centro de salud. Sin embargo, usted puede ayudar a la mujer hablando con ella de lo que necesita, informándola sobre otras fuentes de ayuda disponibles y asistiéndola para obtener esa ayuda si ella así lo quiere.

Cómo ayudar

- Pregunte a la mujer qué es lo más importante para ella en ese momento, p. ej.: “Si pudiéramos hacer algo ya mismo, ¿qué es lo que más la ayudaría?”
- Ayúdele a ver qué opciones tiene y a sopesarlas.
- Hable con ella del respaldo social. ¿Puede hablar con algún familiar, una amiga u otra persona de confianza? ¿Hay alguien que pueda ayudarla económicamente?

⁶ Disponibles en: <http://www.msp.gub.uy/programa/plan-de-prestaciones-de-salud-mental>

Recursos disponibles

Determine qué recursos y fuentes de ayuda para la mujer están disponibles en la comunidad. Se debe hacer una derivación responsable buscando una respuesta coordinada que contemple referencia y contrarreferencia

- Línea telefónica 08004141 gratuita, anónima de alcance nacional. Funciona de lunes a viernes de 08 a 24, sábados y domingos de 08 a 20 horas;
- grupos de apoyo comunitarios o de Instituciones de la Sociedad Civil de acuerdo a las redes locales existentes en el territorio;
- servicios sociales, de asistencia psicológica y jurídica en INMUJERES, Intendencias y sociedad civil;
- Fiscalía y/o Unidades Especializadas de Violencia Doméstica del Ministerio del Interior en caso de que la mujer considere realizar una denuncia, de acuerdo con el diagrama para situaciones de alto riesgo elaborado por el CNCLVD

Por lo general no será posible abordar todas las inquietudes de la mujer en la primera consulta. Déjele saber que usted estará disponible de nuevo para seguir hablando con ella de otros asuntos.

No espere que la mujer tome decisiones de inmediato. Puede resultar frustrante observar que pareciera que la mujer no adopta medidas para cambiar su situación. Sin embargo, ella tiene derecho a tomarse su tiempo y hacer lo que crea correcto. Respete siempre su voluntad y sus decisiones.

Derivación a otros servicios

Con frecuencia las mujeres no acuden a los servicios a los que han sido derivadas. No obstante, siguiendo unos consejos sencillos, usted puede aumentar la probabilidad de que lo hagan y obtengan así la ayuda que necesitan, siempre respetando las etapas del proceso de cada mujer y la oportunidad de sus decisiones.

Consejos prácticos para las derivaciones

- Asegúrese que el servicio recomendado atienda las necesidades y preocupaciones más importantes de la mujer.
- Si la mujer manifiesta alguna dificultad para acudir al servicio recomendado, sea cual fuere el motivo, piense creativamente con ella sobre las posibles soluciones.
- Algunas dificultades que pueden surgir son:
 - que no tenga con quien dejar a sus hijos;
 - que su pareja se entere e intente impedirlo;
 - que no tenga forma de desplazarse.
- Si ella acepta que la deriven a algún servicio, puede hacerse lo siguiente para facilitarle el proceso:
 - Provéale información sobre el servicio al cual la deriva (ubicación, cómo llegar hasta allí, persona que la atenderá).
 - Ofrézcale llamar y concertar una cita para ella si eso le facilita las cosas (p. ej., si ella no tiene teléfono o un lugar seguro desde el cual llamar).
 - Si la mujer así lo desea, entréguele por escrito la información necesaria: hora, lugar, cómo llegar hasta allí, persona que la atenderá. Pídale que se asegure de que nadie pueda ver ese papel.

- Si es posible, arregle que una persona de confianza la acompañe a la primera cita.

Verifique siempre si la mujer tiene alguna pregunta o si algo más la preocupa, y asegúrese de que ella ha comprendido bien toda la información.

Puede llenar el cuadro que aparece a continuación a modo de inventario de los recursos existentes en la comunidad. Las derivaciones pueden realizarse a servicios internos o externos.

Cuide de sus propias necesidades como integrante del equipo de salud

Sus necesidades son tan importantes como las de la mujer a quien usted está atendiendo. Es posible que escuchar a las mujeres o hablar con ellas de violencia provoque en usted sentimientos o reacciones difíciles. Esto es especialmente cierto si usted también ha sufrido violencia o la está sufriendo en la actualidad.

Sea consciente de sus propias emociones y aproveche la oportunidad para comprenderse mejor a sí mismo. Asegúrese también de recibir la ayuda y el apoyo que necesite.

Preguntas frecuentes

A continuación se ofrece respuesta a algunas de las preguntas que se plantean los integrantes del equipo de salud sobre el trabajo con mujeres que han sufrido violencia.

“¿Por qué no sugerirle qué hacer?”

Lo importante para las mujeres es que las escuchen y que tengan la oportunidad de contarle su historia a una persona empática. La mayoría de las mujeres no quieren que les digan lo que tienen que hacer. De hecho, escucharlas atentamente y responderles con empatía sirve mucho más de lo que parece, y quizá sea lo más importante que usted pueda hacer. Las mujeres tienen que encontrar su propio camino y llegar a sus propias decisiones, y hablar de ello puede ayudarlas a hacerlo. Si se le dice qué hacer se está enviando un mensaje que refuerza la idea de que ella no es capaz de tomar sus propias decisiones.

“¿Por qué ella no deja a su pareja?”

Hay muchas razones por las que las mujeres permanecen en una relación violenta. Lo importante es no juzgarlas y no insistirles para que dejen a su pareja. Las mujeres deben tomar esa decisión por su propia cuenta y a su tiempo. Algunos de los motivos para no dejar a la pareja pueden ser que:

- depende económicamente de su pareja: en algunas sociedades es difícil que la mujer tenga autonomía económica;

- tiene la convicción de que los hijos deben criarse junto a un padre y de que el bienestar propio tiene menos importancia que ese ideal;
- piensa que la violencia es inherente a todas las relaciones de pareja y que todos los hombres son violentos y controladores;
- teme que su pareja reaccione de manera extrema y violenta si ella decide irse;
- tiene baja autoestima y cree que no puede salir adelante por su propia cuenta;
- siente que no tiene ningún lugar adonde ir ni nadie a quien acudir en busca de ayuda;
- todavía ama a su pareja y cree que él cambiará;
- piensa que su pareja la necesita;
- no quiere quedarse sola;
- teme al rechazo de la comunidad por haber abandonado a su pareja;
- cree que puede controlar la situación y que su pareja no le causará daño grave.

“¿Cómo terminó en esta situación?”

Es importante no culpar a la mujer de lo que ha sucedido. Culparla no hará otra cosa más que obstaculizar la prestación de una atención de buena calidad. La violencia nunca es adecuada, en ninguna situación. No hay excusa ni justificación de la violencia o del maltrato. El hecho de que la pareja de una mujer se haya enojado por algo que ella hizo no significa que tenga derecho a maltratarla, ni que ella “merezca” que la maltraten.

“¿Qué puedo hacer con tan pocos recursos y tan poco tiempo?”

El apoyo de primera línea (“ANIMA”) es el servicio más útil que usted puede proveer. No lleva necesariamente mucho tiempo y no requiere recursos adicionales. Además, usted puede informarse sobre los recursos que ofrecen la red del sistema de salud y la comunidad, y que pueden ser de ayuda para la mujer (véase la página 61). Usted podría considerar incluso poner en marcha un grupo comunitario para proveer apoyo confidencial a estas mujeres, en coordinación con los ERVGG.

“A nosotros nos enseñaron otra cosa.”

En general se enseña a los equipos de salud que su función principal es la de diagnosticar un problema de salud y tratarlo. Sin embargo, en esta situación no sirve limitarse a las preocupaciones médicas, sino que es preciso añadir un enfoque humanizado, escuchando a la mujer, identificando sus necesidades y preocupaciones, reforzando sus redes de apoyo social y ayudándola a mejorar su seguridad. Además, se puede ayudar a la mujer a que analice y considere las opciones a su alcance, y que se sienta con la fortaleza necesaria para tomar decisiones importantes y llevarlas a la práctica.

“¿Y si ella decide no hacer la denuncia ante las autoridades?”

Respete la decisión de la mujer y déjele saber que puede cambiar de opinión. Hay que tener en cuenta, no obstante, que en una agresión sexual las pruebas deben obtenerse dentro de los primeros cinco días después de la agresión. Informe a la mujer si hay

otra persona con quien ella pueda hablar más a fondo sobre esto y que pueda ayudarla a tramitar la denuncia si decide hacerla.

“¿Cómo puedo prometer confidencialidad si la ley me obliga a notificar a las autoridades?”

Si la ley obliga a informar a la policía de los casos de violencia, hay que decirselo a la mujer. Puede decirle, por ejemplo: “Lo que usted me cuente es confidencial, es decir que yo no se lo diré a nadie. La única excepción es...”.

Como integrante del equipo de salud, usted debe conocer lo que dispone la legislación y las condiciones en las cuales existe la obligación de notificar. De acuerdo a la legislación nacional, se recomienda evaluar junto con la mujer, la posibilidad de realizar denuncia en los casos de riesgo alto y cuando hay riesgo para terceros (niños, niñas, adolescentes y/o personas adultas mayores y/o personas con discapacidad). Si las condiciones de salud de la mujer le impiden denunciar por sí misma, la denuncia la debe realizar la Dirección Técnica de la Institución de salud.

Asegure a la mujer que, a excepción de dicha notificación obligatoria, usted no le dirá nada a nadie sin su permiso.

“¿Y si ella se pone a llorar?”

Dele tiempo para que lllore. Puede decirle: “Sé que es muy difícil hablar de esto. Tómese su tiempo”.

“¿Y si sospecho que hay violencia, pero ella no lo reconoce?”

No la obligue a hablar (sus sospechas podrían resultar ser falsas). En todo caso, usted puede atenderla y ofrecerle ayuda adicional. Vea la página 35 en la que se brindan más detalles.

“¿Y si me pide que yo hable con su pareja?”

No es aconsejable que usted asuma esta responsabilidad. Ahora bien, si la mujer cree que no entraña peligro y que ello no empeorará la situación de violencia, puede resultar útil que la pareja de la mujer hable con otro integrante del equipo de salud, alguien a quien respete: puede ser un miembro de la familia, un amigo. Explique a la mujer que esto debe hacerse con cuidado para evitar que se agrave la situación.

“¿Y si la pareja de la mujer es también un paciente mío?”

Es muy difícil atender a ambos miembros de una pareja que están viviendo una situación de maltrato y violencia. Lo mejor que puede hacerse es procurar que otro integrante del equipo de salud asuma la atención de uno de los dos integrantes de la pareja, garantizando siempre la confidencialidad de la mujer. No debe ofrecerles terapia de pareja.

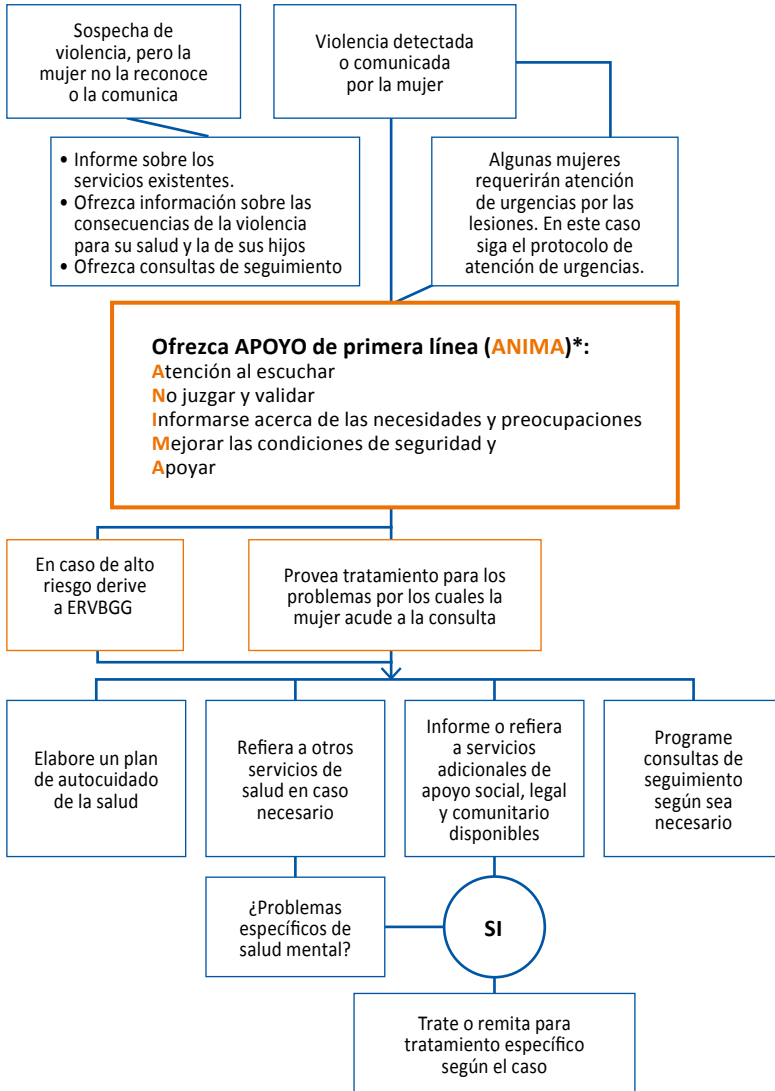
“¿Y si creo que es posible que la pareja la mate?”

- Comparta sinceramente sus preocupaciones con la mujer, explicándole por qué considera que ella puede correr un riesgo grave y aclarándole que desea hablar con ella de las posibles opciones para mejorar su seguridad. En esta situación, es especialmente importante identificar y ofrecer alternativas seguras adonde ella pueda ir.
- No es obligatorio realizar la denuncia si la mujer no quiere.
- Pregunte a la mujer si cuenta con una persona de confianza que pueda ser incluida en la conversación y a quien usted pueda alertar del riesgo que ella corre.

“¿Y si creo que ella no está en condiciones de tomar decisiones?”

Si duda de la capacidad de consentir, sea consecuencia o no del daño que la situación ha generado, busque un referente protector y considere contactar al ERVBBG de su institución. Si es pertinente realizar la denuncia, la misma se debe realizar desde la Dirección Técnica de la Institución.

Flujograma de atención en caso de violencia de pareja



*Para detalles sobre el apoyo de primera línea (ANIMA) vea el capítulo 2



Capítulo 3

Atención complementaria
de la salud física en casos
de violencia sexual y en
situaciones de violencia
física con lesiones

Remita de inmediato a los **servicios de urgencias** a aquellas mujeres que presenten un cuadro grave que ponga en riesgo su vida.

Por considerarse situaciones de alto riesgo, debe garantizarse seguimiento por el ERVBGG y/o por equipo de salud mental. La coordinación se realizará desde el servicio de urgencia.

Si bien este capítulo se centra en la atención a la salud física en casos de violencia sexual, gran parte de su contenido también se puede aplicar a los casos de violencia física por parte de la pareja, con lesiones graves que requieren atención de urgencia. A excepción de todo lo referido a prevención de ITS/ VIH-SIDA y de embarazo no intencional, el resto de las consideraciones son válidas para la atención a estas situaciones.

Cuando la mujer **acude dentro de los primeros cinco días** después de la agresión sexual, la atención que se le brinde debe incluir seis componentes adicionales al apoyo de primera línea (ANIMA, descrito en mayor detalle en el capítulo 2).

Para garantizar el acceso a todas las recomendaciones también puede ser necesario el traslado al servicio de urgencia (anticoncepción de urgencia y PPE si no están disponibles en el lugar).

Para las mujeres que llegan dentro de las primeras 72 horas, se integran a estas recomendaciones, las formuladas en la pauta de DIGESA MSP 2017 (ver Anexo 2).

En primer lugar provea los servicios relacionados con las tres tareas iniciales del apoyo de primera línea **ANIMA**:

Atención al escuchar

No juzgar y validar

Informarse sobre las necesidades y preocupaciones.

En segundo lugar aplique los seis componentes del cuidado en salud física:

1. Realice la historia clínica y el examen físico (página 78).
2. Trate todas las lesiones físicas (página 89).
3. Proporcione anticoncepción de emergencia (página 90).
4. Prevenga las infecciones de transmisión sexual (ITS) (página 94).
5. Prevenga la infección por el VIH (página 97).
6. Elabore un plan de autocuidado de salud (página 100).

En tercer lugar provea los servicios relacionados con las dos últimas tareas del apoyo de primera línea:

Mejorar la seguridad

Apoyar

La **evaluación y la atención de salud física y emocional o psicológica** se deben realizar al mismo tiempo. En este manual se abordan en capítulos distintos solo para ayudarle a comprender las acciones clave en la atención. En el capítulo 4 se aborda lo relacionado con la salud mental para los casos que requieran una atención más detallada.

En las siguientes páginas se explican los seis componentes del cuidado de la salud física. Asimismo, en el flujograma de la página 108 se muestra el orden sugerido para los pasos de la atención en caso de violencia sexual.

Para el seguimiento posterior a los cinco primeros días después de la agresión, véanse las páginas 102 a 106.

“¿Qué debo hacer si la mujer acude después de los cinco primeros días desde la agresión sexual?”

La profilaxis postexposición (PPE) contra el VIH debe instaurarse lo antes posible, siempre dentro de las **primeras 72 horas** tras la agresión sexual.

Además, la anticoncepción de emergencia debe iniciarse también lo antes posible y puede tomarse **dentro de los primeros cinco días** siguientes a la relación sexual sin protección.

Si cuando la mujer acude ya es muy tarde para aplicar alguno de estos pasos, aún es posible:

- ofrecer la primera línea de apoyo (página 40);
- ofrecer tratamiento y prevención de las ITS (página 94);
- ofrecer la vacuna contra la hepatitis B (página 96);
- ofrecer vacuna contra HPV a las menores de 26 años;
- realizar las pruebas de embarazo y del VIH;
- evaluar la salud mental y la atención necesaria según el caso (véase el capítulo 4).

1. Realice la anamnesis y el examen físico

Este paso comprende las siguientes acciones:

- Realizar la anamnesis, que incluye información médica general, información sobre la agresión, historia ginecológica y evaluación de la salud mental.
- Realizar el examen físico completo explicando todos los pasos del mismo. (página 81).

A. Realice la anamnesis

La anamnesis comprende: 1) información médica general; 2) preguntas relativas a la agresión (solo lo indispensable para la atención médica; por ejemplo, si ha habido penetración bucal, vaginal o anal); 3) historia ginecológica; 4) evaluación del estado mental (véase el capítulo 4).

En el formato de historia clínica y examen físico que se presenta en las páginas 133 a 144, se proponen algunas preguntas a modo de guía.

Consejos generales

- En primer lugar, vea si la mujer trae consigo algún informe y revíselo. Así evitará preguntar sobre algo que ella ya haya tenido que responder.
- Mantenga una actitud respetuosa y una voz tranquila.
- Mantenga el contacto visual con la mujer según lo que se

considere culturalmente adecuado.

- Evite las distracciones e interrupciones.
- Tómese el tiempo que haga falta para recoger todos los datos necesarios.

1) Pregunte sobre la información médica general

La información médica general abarca todos los trastornos actuales o pasados, las alergias y los medicamentos que la mujer esté tomando. Vea el formato de historia clínica y examen físico, en las páginas 133 a 144, en el que se proponen algunas preguntas útiles.

La información médica general puede servir para comprender mejor los hallazgos del examen físico.

2) Hable sobre la agresión sexual

Es preciso conocer el relato de la agresión para:

- orientar el examen físico a fin de localizar y tratar todas las lesiones;
- valorar el riesgo de embarazo, de contagio de ITS y de infección por el VIH
- orientar la recolección y la documentación de muestras, si corresponde.

Cómo preguntar sobre la agresión

- Pida con amabilidad a la mujer que describa brevemente lo ocurrido.
- Explíquela que saber lo que sucedió servirá para ofrecerle la mejor atención posible. Asegúrele que lo que diga se mantendrá en secreto, salvo que ella desee hacer la denuncia judicial.
- Explíquela que no está obligada a contar nada que no quiera.
- Déjela que cuente la historia como ella quiera y a su ritmo, sin interrumpirla. Si es imprescindible aclarar algún detalle, espere a que ella termine de hablar para luego hacerle preguntas.
- Pregunte con delicadeza. Use preguntas abiertas que no puedan contestarse con un “sí” o un “no”. Evite las preguntas que puedan suscitar sentimientos de culpa, como por ejemplo: “¿Qué hacía sola allí?” o “¿Por qué hizo tal cosa...?”
- La mujer puede abstenerse de mencionar o describir los detalles dolorosos, atemorizantes o desagradables. No hay que obligarla a contar los detalles. Si realmente se requieren detalles o datos más concretos para brindarle el tratamiento correcto, explíquela por qué es necesario conocerlos.

3) *Pregunte sobre la historia ginecológica*

El formato de examen físico (páginas 133 a 144) incluye también preguntas útiles para indagar sobre este tema.

La finalidad de conocer los antecedentes o historia ginecológica es:

- evaluar si hay riesgo de embarazo y de ITS;
- evaluar si algún hallazgo del examen físico puede tener relación con traumatismos, embarazos o partos anteriores.

4) *Evalúe la salud mental*

A medida que va realizando la historia clínica, pregunte a la mujer de manera general cómo se siente y qué emociones está experimentando.

Si observa signos de estrés emocional grave, formule preguntas específicas. Para más información sobre este tema, véase el capítulo 4.

B. Prepárese para realizar el examen físico y obtenga el consentimiento informado

Cómo comunicarse antes de realizar el examen físico

- Pida permiso a la mujer para practicar el examen físico.
- Pregúntele si desea que alguna persona esté presente para apoyarla, como algún familiar o una amiga.
- Si usted es varón y hay mujeres disponibles para la atención, pregúntele si se siente cómoda con que usted la examine. Si no se siente cómoda, busque a una mujer del equipo para que realice el examen físico o para que esté presente durante el mismo.

Tenga presente alguien más como observadora

- Asegúrese de que alguien más esté presente durante el examen físico: preferiblemente, una integrante del equipo de salud o una persona que cuente con entrenamiento específico. Es especialmente importante que una mujer esté presente si quien practica el examen físico es varón.
- Presente a esta persona y explique a la mujer que ella está allí para ayudarla y apoyarla.
- Trate de que solo las personas indispensables estén presentes en la consulta.

Obtenga el consentimiento informado

- Explique a la mujer que se procederá al examen físico y al tratamiento únicamente si ella está de acuerdo. Además, explíquela que puede negarse a que se realice cualquier parte del examen físico (o el examen completo).
- Descríbale las cuatro partes del examen físico:
 - examen físico general;
 - examen vaginal y anal;
 - recolección de pruebas, si la Institución de salud puede garantizar la cadena de custodia con el Ministerio del Interior;
- Pregunte a la mujer si tiene alguna pregunta con respecto a cada una de estas partes del examen físico y respóndalas por completo, asegurándose de que ella comprenda las respuestas. Luego, pídale a la mujer que decida si está de acuerdo con la realización del examen y marque la casilla correspondiente en el formulario.

Hable con la mujer sobre la posibilidad de hacer la denuncia ante las autoridades

- Si la mujer quiere acudir a la Justicia, y la Institución puede garantizar la cadena de custodia con el Ministerio del Interior, hay que informarla de que habrá que recoger pruebas forenses. Explíquelo en qué consiste la recolección de pruebas forenses.
- Aunque no se recojan pruebas forenses, se debe realizar el examen físico completo y documentarlo adecuadamente (véase el formulario de la página 133). Este examen puede ser útil si la mujer decide emprender posteriormente un proceso judicial.
- Para más información sobre los exámenes forenses, véanse las siguientes directrices:

Strengthening the Medico-legal response to sexual violence (2015)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1

Clinical management of rape survivors. Revised edition (2004) en

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43117/1/924159263X.pdf>

Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2003)

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>

C. Realice un examen físico completo de la cabeza a los pies, incluida el examen genital y anal

Los objetivos principales del examen físico son determinar qué atención médica se requiere y llenar la documentación legal necesaria.

Cómo comunicarse durante el examen físico

- Asegure a la mujer que es ella quien tiene el control durante el examen y que, por lo tanto, puede hacer preguntas, puede detener el examen en cualquier momento y puede negarse a que se realice cualquier parte del mismo.
- Observe a la mujer antes de realizar cualquier palpación y preste atención a su aspecto y estado emocional.
- En cada paso del examen, díglele lo que va a hacer y pídale permiso primero.
- Pregúntele con frecuencia si tiene alguna duda, respóndala y pídale permiso para proseguir.

Realice el examen físico

- Compruebe que los equipos y materiales estén listos.
- Tome los signos vitales: pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Proceda de manera sistemática. Siga la lista de verificación de la página 87.
- No se apresure, dedique tiempo al examen.
- Registre todas sus observaciones y hallazgos de forma clara y completa en la historia clínica o en el formulario correspondiente (véase la página 133). Si están

disponibles, use ilustraciones del cuerpo humano para ubicar las lesiones o haga algún dibujo sencillo en la historia clínica (para un ejemplo de las ilustraciones vea la página 139).

- Documente de forma detallada y completa todas las lesiones u otras marcas, ya que pueden constituir importantes pruebas judiciales.

Realice el examen genital y anal

En los casos de agresión sexual, es necesario practicar un examen genital y anal. Se trata de una exploración delicada, en particular la inspección con el espéculo.

- Ayude a la mujer a que se sienta lo más cómoda posible.
- Indíquele en qué parte del cuerpo va a palparla y cuándo.
- Ayúdela a que se tienda de espaldas con las piernas dobladas y las rodillas separadas cómodamente.
- Cúbrala con una sábana, la cual debe levantarse solamente lo necesario en el momento del examen.
- Proceda de manera sistemática. Disponga de una buena fuente de iluminación para visualizar las lesiones. Siga la lista de verificación de la página 87.
- Registre todas las observaciones y los hallazgos de forma clara y completa en el formulario de examen correspondiente, si lo hay, o consígnelas directamente en la historia clínica (véase la página 133).

Recuerde: Sufrir una agresión sexual es una vivencia traumática. La mujer puede mostrarse muy sensible ante el tacto o el examen, especialmente si quien los practica es un hombre. Ofrecerle que si se siente más cómoda que la examine una médica u obstetra partera.

Proceda con lentitud, preguntándole con frecuencia si se encuentra bien y si puede proseguir.

Actúe con mucho cuidado para no acrecentar el malestar de la mujer.

Lista de verificación para el examen físico

Preste atención a:

- el aspecto general;
- las manos y muñecas, los antebrazos, las superficies internas de los brazos y las axilas;
- el rostro, incluida la cavidad bucal;
- los oídos y las orejas, incluida la parte posterior de las orejas;
- la cabeza;
- el cuello y nuca.
- el tórax, incluidos los senos;
- el abdomen;
- las nalgas, los muslos, incluido el lado interno, las piernas y los pies.

Busque y documente:

- hemorragias activas;
- hematomas;
- eritemas o edemas;
- cortes o abrasiones;
- indicios de que le han arrancado pelo o de pérdida reciente de dientes;
- lesiones como marcas de mordeduras o heridas por arma de fuego;
- indicios de lesiones abdominales internas;
- rotura del tímpano.

Examen genital y anal

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Genitales externos; • genitales internos (inspección con espéculo); • zona anal (externa). | <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias activas; • hematomas; • eritemas o edemas; • cortes o abrasiones; • presencia de objetos extraños. |
|--|--|

Documente los hallazgos y el tratamiento

Es habitual que los Servicios de Salud deban responder a solicitudes de información del juzgado y/o del Ministerio Público y Fiscal; no se considera una buena práctica el envío de la copia de la Historia Clínica completa. Se recomienda realizar un informe que responda a la solicitud específica y que además esté firmado por la Dirección Técnica. Será más fácil responder a las solicitudes de información si se realiza un buen registro de lo actuado.

El registro adecuado, que puede evitar posibles revictimizaciones, requiere describir:

- el tipo de lesión (cortes, hematomas, abrasiones, fracturas, etc.);
- la descripción de las lesiones (longitud, profundidad, otras características);
- la ubicación de las lesiones;
- la posible causa de las lesiones (p. ej., disparo, mordedura, etc.);
- las consecuencias inmediatas y las consecuencias potenciales a largo plazo;
- el tratamiento administrado.

2. Provea tratamiento

2.1 Trate las lesiones físicas o derive a la mujer al servicio correspondiente

Derive de inmediato a las pacientes con lesiones graves o potencialmente mortales a los servicios de urgencias.

Entre las complicaciones que pueden requerir hospitalización urgente cabe destacar:

- traumatismos extensos (en la zona genital, la cabeza, el tórax o el abdomen);
- déficits neurológicos (p. ej.: incapacidad para hablar, dificultad para caminar);
- dificultad respiratoria;
- hinchazón de las articulaciones de un solo lado del cuerpo (artritis séptica).

Las pacientes con lesiones menos graves —por ejemplo, heridas superficiales— normalmente pueden ser tratadas en el mismo centro de atención. En dichos casos, limpie y trate las heridas según sea necesario.

Puede estar indicado el uso de los siguientes medicamentos:

- antibióticos para prevenir que se infecten las heridas;
- la vacuna antitetánica o una dosis de refuerzo;
- analgésicos;
- medicamentos para el insomnio (para uso en casos excepcionales).

Precauciones

- No prescriba rutinariamente benzodiazepinas para tratar el insomnio (véase el Anexo 3).
- No prescriba benzodiazepinas ni antidepresivos para tratar el estrés agudo.

2.2 Provea anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) puede evitar el embarazo si se administra poco después de la agresión sexual.

Ofrezca anticoncepción de emergencia a toda mujer que haya sufrido una agresión sexual, junto con la orientación pertinente para que pueda tomar una decisión consciente (véanse más adelante las pautas para la orientación y el Anexo 2).

Anticoncepción de emergencia

- Generalmente se utilizan dos clases de anticonceptivos de emergencia:

- **Píldoras con levonorgestrel solamente, tal como se recomienda en la pauta de DIGESA.**

Funcionan mejor y provocan menos náuseas y vómitos que los comprimidos combinados.

Dosis recomendada: 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única. Pueden ser utilizadas aún por mujeres con contraindicación para el uso de anticonceptivos orales de uso continuo.

- **Píldoras combinadas de estrógenos y progestágenos**

Utilícelos si no cuenta con comprimidos con levonorgestrel solamente.

Dosis recomendada: píldoras combinadas de bajas dosis (30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de levorgestrel) y 4 píldoras hasta 5 días después del coito y 4 píldoras 12 horas después.

- Todas las mujeres pueden tomar la anticoncepción de emergencia. No es necesario hacer ningún examen para determinar el estado de salud ni realizar previamente una prueba de embarazo.
- Una mujer puede tomar simultáneamente la anticoncepción de emergencia, los antibióticos para las ITS y la profilaxis postexposición (PPE) para la prevención de la infección por el VIH, sin perjuicio alguno. La anticoncepción de emergencia y los antibióticos pueden tomarse en horarios distintos y junto con las comidas, a fin de mitigar las náuseas.

Orientación sobre la anticoncepción de emergencia

Es probable que una mujer que ha sufrido una agresión sexual esté preocupada por la posibilidad de un embarazo.

Con el fin de reconfortarla, explíquele en qué consiste la anticoncepción de emergencia. También puede preguntarle si ha venido usando algún método anticonceptivo efectivo como la píldora, las inyecciones, los implantes o el DIU, o si está esterilizada. En ese caso, no es probable que haya quedado embarazada. Además, si la última menstruación comenzó dentro de los siete días anteriores a la agresión, tampoco es probable que esté embarazada.

En cualquiera de estos casos, ella puede tomar de todas maneras los anticonceptivos de emergencia, si así lo desea.

- Usar la anticoncepción de emergencia será una decisión personal que solo ella —la propia mujer— puede tomar.
- La anticoncepción de emergencia puede servir para evitar el embarazo, pero no es 100% efectiva.
- Los anticonceptivos de emergencia funcionan principalmente inhibiendo la ovulación.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia no son abortivas.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia no sirven para evitar el embarazo la próxima vez que tenga relaciones sexuales.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia no están pensadas para ser utilizadas de manera regular en lugar de un método anticonceptivo continuado y más efectivo.

No es necesario realizar una prueba de embarazo antes de tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia. Si la mujer ya está embarazada, las píldoras no perjudicarán al feto. A pesar de no ser necesaria, igual se recomienda una prueba de embarazo para determinar si la mujer ya estaba embarazada y se puede realizar si ella así lo desea. Esta información puede determinar la decisión de interrupción voluntaria de embarazo o no, y los plazos médico legales para realización de la misma.

Instrucciones sobre la anticoncepción de emergencia

- ***Los anticonceptivos de emergencia deben administrarse cuanto antes. Se recomienda tomarla dentro de las primeras 72 horas porque su efectividad decrece con cada día que pasa, si bien pueden tomarse dentro de los primeros cinco días siguientes a la agresión sexual.***
- Pueden provocar náuseas y vómitos. Si la mujer vomita dentro de las dos horas después de tomar las píldoras,

debe regresar cuanto antes para tomar otra dosis. Si está tomando las píldoras combinadas, puede tomar algún antiemético entre 30 minutos y una hora antes de los anticonceptivos para reducir las náuseas.

- Pueden producirse manchado o sangrado vaginal en los días siguientes a la toma.
- Si la mujer ha tenido otras relaciones sexuales sin protección desde la última menstruación, es posible que ya esté embarazada. En este caso, los anticonceptivos de emergencia no surtirán efecto, pero tampoco perjudicarán al feto.
- La mujer debe regresar a la consulta si la siguiente menstruación se retrasa más de una semana. Se le debe ofrecer la posibilidad de abortar en condiciones seguras de acuerdo con la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2.3 Prevenga las infecciones de transmisión sexual

- Las mujeres que han sufrido una agresión sexual deben recibir antibióticos para prevenir y tratar las siguientes ITS: clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis.
- Ofrezca tratamiento contra las ITS en la primera consulta.
- No es necesario realizar pruebas para la detección de las ITS antes de administrar el tratamiento, si bien en la pauta nacional se recomiendan las pruebas de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y Sífilis. El *screening* de chlamydia y gonococo es opcional si está disponible.

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^a -6 ^a sem.	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo**	✓	✓	
Screening ITS (chlamydia, gonococo)	Opcional si está disponible		
** Adolescente con Tanner ≥ 3			

- Administre los esquemas de tratamiento más cortos contemplados en los protocolos locales o nacionales, ya que son más fáciles de cumplir.

Tratamiento		Consideraciones
< 45 Kg	≥ 45 Kg	
Ceftriaxona 125 mg i/m, 1 dosis + Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o, 1 dosis + Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Ceftriaxona 1 g i/m, 1 dosis + Azitromicina 1g v/o, 1 dosis + Metronidazol 2 g v/o, 1 dosis	Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas
Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Tenofovir/Emtricitabina 1/día (o Tenofovir 1 día + Lamivudina 1 c/12hs) + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs (o Raltegravir 1 c/12hs) Durante 1 mes	Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas Si la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación
* Dosis: Zidovudina: 4 < 9 kg :12 mg/kg cada 12 hs.; 9 <30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs.; 30 kg: 300 mg cada 12 hs Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs. Lopinavir/Ritonavir: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs .; 15 - 45 kg: 11 mg por Kg cada 12 hs. (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs). Para mayores de 45 kg también se puede considerar la opción Zidovudina/ Lamivudina si los otros no están disponibles.		

Hepatitis B

El virus de la hepatitis B puede transmitirse por vía sexual. Por lo tanto, se debe ofrecer la vacuna a todas las mujeres que hayan sufrido violencia sexual.

- Pregunte a la mujer si está vacunada contra la hepatitis B y actúe según lo indicado en el cuadro que figura a continuación.
- Si ella tiene dudas, y si es posible, realice primero la prueba en sangre. Si el resultado muestra que ya tiene inmunidad (presencia en el suero del anticuerpo contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B), no es necesario administrar la vacuna. Si no es posible realizar la prueba, administre la vacuna.

¿Está la mujer vacunada contra la hepatitis B?

Estado de vacunación	Directrices para el tratamiento
No, nunca se ha vacunado contra la hepatitis B.	1ª dosis de la vacuna: en la primera consulta. 2ª dosis: uno a dos meses después de la primera dosis (o en el control de los 3 meses si no se ha podido administrar antes). 3ª dosis: de 4 a 6 meses después de la primera dosis.
Comenzó la serie de vacunación contra la hepatitis B, pero no la ha terminado.	Complete la serie de acuerdo con lo programado según el calendario de vacunación.
Sí, completó la serie de vacunación contra la hepatitis B.	No es necesario vacunarla nuevamente.

Vacuna contra el virus del papiloma humano- HPV

Si no recibió la vacuna, administrar a partir de los 9 años, a todas las personas hasta los 26 años inclusive. Si ya fue recibida no se debe re vacunar. Recordar que la efectividad disminuye luego del inicio de las relaciones sexuales. Se dan dos dosis separadas por un intervalo de 6 meses.

Ambas vacunas pueden ser administradas en cualquier vacunatorio público o privado de forma gratuita. Se deberá entregar a la mujer, una receta médica con la indicación de la vacuna correspondiente, sin explicitar el motivo de la misma.

2.4 Prevenga la infección por el VIH

La profilaxis postexposición (PPE) para la prevención de la infección por el VIH debe iniciarse en cuanto resulte posible, dentro de las primeras 72 horas después de la posible exposición. Hable con la mujer para determinar si la PPE es apropiada en su situación.

¿Cuándo debe considerarse la PPE?

Situación o factor de riesgo	Intervención sugerida
El agresor es VIH positivo o no se sabe si lo es.	Administre la PPE.
No se sabe si la mujer es VIH positiva.	Ofrezca la orientación y la prueba del VIH
No se sabe si la mujer es VIH positiva y NO está dispuesta a hacerse la prueba.	Administre la PPE y programe una cita de seguimiento.

La mujer es VIH positiva.	NO administre la PPE.
La mujer ha estado expuesta a sangre o semen (en una relación vaginal, anal u oral, o a través de heridas u otras mucosas).	Administre la PPE.
La mujer perdió la conciencia y no recuerda lo ocurrido.	Administre la PPE.
La mujer sufrió una violación en grupo.	Administre la PPE.

Cómo hablar de la PPE

Tomar la PPE es decisión de la mujer. Hable con ella de los siguientes puntos para ayudarla a tomar una decisión:

- ¿Sabe ella si el agresor es VIH positivo?
- Características de la agresión, incluido el número de agresores, laceraciones en la zona genital y otras lesiones.
- La PPE reduce la probabilidad de contraer el VIH, pero no es efectiva al 100%.
- La mujer necesita tomar la medicación durante un mes, dos veces al día.
- Cerca de la mitad de las personas que toman la PPE presentan efectos secundarios como náuseas, cansancio y dolor de cabeza (en la mayoría de los casos, estos efectos disminuyen en pocos días).

Si la mujer toma la PPE contra el VIH

- Comience el tratamiento lo antes posible y siempre que no hayan pasado más de 72 horas después de la agresión.

- Programe consultas de seguimiento periódicas.
- Elija los medicamentos para la PPE de acuerdo con la pauta de atención de DIGESA (Se sugiere ver las directrices de la OMS publicadas en el 2014 y el 2016).
- Ofrezca la prueba para la detección del VIH en la primera consulta.
- Repita la prueba del VIH entre la 4ª y 6ª semana y a los tres meses.
- Si la prueba del VIH resulta positiva, remita a la mujer para que reciba tratamiento y atención para la infección por el VIH.

Orientación sobre el cumplimiento terapéutico de la PPE

El cumplimiento en la toma de los medicamentos es un aspecto fundamental en la provisión de la PPE. Hable con la mujer de lo siguiente:

- Es importante que recuerde tomar todas las dosis, de modo que conviene tomarlas a la misma hora todos los días, por ejemplo junto con el desayuno y la cena. Las tomas regulares garantizan que la concentración sanguínea del medicamento se mantenga estable.
- Puede programar la alarma del teléfono móvil o cualquier otra alarma como recordatorio para tomar los medicamentos. Así mismo, un miembro de la familia o una amiga puede ayudarle a recordar las tomas.
- Si olvida tomar los medicamentos a la hora programada, puede tomarlos aún, siempre que el retraso no sea mayor de 12 horas.
- Si han pasado más de 12 horas de retraso, debe esperar y tomar la siguiente dosis a la hora programada regularmente.

- No se debe tomar dos dosis al mismo tiempo.
- Debe regresar a la consulta si los efectos secundarios no desaparecen en pocos días, si se le dificulta tomar los medicamentos de acuerdo a lo planeado, o si surge cualquier otro problema.

2.5 Elabore un plan de autocuidado de la salud

Explique los hallazgos del examen físico y el tratamiento

Explique a la mujer los hallazgos del examen físico y lo que significan para su salud, así como el tratamiento que se requiera. Anímela a que plantee sus dudas e inquietudes y respóndalas en detalle, verificando que ella comprenda toda la información.

Cuidado de las lesiones

- Enseñe a la mujer cómo debe cuidar cualquier lesión que tenga.
- Descríbale los signos y síntomas de infección de una herida: calor, enrojecimiento, dolor e inflamación en la zona de la herida; presencia de sangre o pus; fetidez; y fiebre. Pídale que regrese a la consulta o que acuda a otro servicio de salud en caso de presentar cualquiera de esos signos.
- Explíquela importancia de finalizar el curso completo del tratamiento, sobre todo de los antibióticos. Explíquela también todos los posibles efectos secundarios y lo que puede hacer para aliviarlos.

Prevención de las ITS

- Explique a la mujer cuáles son los signos y los síntomas de las ITS, incluido el VIH, y recomiéndele que acuda de nuevo para recibir tratamiento en caso de presentar alguno de ellos.
- Sugíerale a la mujer que se abstenga de mantener relaciones sexuales hasta haber terminado todos los tratamientos y la profilaxis contra las ITS. Recomendéle usar preservativos durante las relaciones sexuales, al menos hasta que se conozcan los resultados de las pruebas para las ITS y el VIH en las consultas de seguimiento. Informe sobre el uso del condón femenino especialmente si se sospecha o existe una relación de abuso.

Seguimiento

- Programe controles al cabo de dos semanas, un mes, tres meses y seis meses después de la agresión.

3. Seguimiento después de una agresión sexual

Las citas de seguimiento deben programarse al cabo de dos semanas, un mes, tres meses y seis meses después de la agresión.

GUÍA PRÁCTICA

Seguimiento tras una agresión sexual

Seguimiento a las 2 semanas

Lesiones	<ul style="list-style-type: none">• Compruebe que las lesiones estén sanando apropiadamente.	<input type="checkbox"/>
ITS	<ul style="list-style-type: none">• Compruebe que la mujer haya completado el tratamiento contra las ITS.	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">• Si está tomando la PPE, compruebe el cumplimiento en la toma de los medicamentos.	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">• Hable con la mujer sobre los resultados de las pruebas de laboratorio.	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Realice la prueba de embarazo si ha habido riesgo. Si resulta positiva, informe a la mujer de las opciones disponibles de conformidad con la legislación nacional. Coordine la atención con el servicio de Salud Sexual y Reproductiva para consejería y eventual interrupción voluntaria del embarazo⁷.	<input type="checkbox"/>

⁷ Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley 18.426 y Ley 18.987 y Decreto 375/012. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/gu%C3%ADa-y-orientaciones-nacionales>

Seguimiento a las 2 semanas

Salud mental

- Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud.
- Evalúe el estado mental y emocional de la mujer. Si se detecta algún problema, programe apoyo psicosocial y técnicas para el manejo del estrés como la técnica de relajación progresiva o de respiración lenta. Más información en el capítulo 4.

Seguimiento

- Recuerde a la mujer que acuda de nuevo a las consultas de seguimiento al mes y a los seis meses para las siguientes dosis de la vacuna contra la hepatitis B, o al mes y los tres meses para la prueba del VIH, o bien que acuda a consultas de seguimiento con su prestador de servicios de salud habitual.
- Ofrezca seguimiento por ERVBGG o equipo de salud mental si aparece o se agrava cualquier síntoma emocional o físico de estrés, o bien si no hay mejoría alguna un mes después de la agresión.
- Programe la próxima consulta de seguimiento para un mes después de la agresión.

Seguimiento al mes

ITS

- Si es necesario, administre la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Recuerde a la mujer la dosis de los seis meses.
- Ofrezca orientación y prueba de VIH.

Salud mental

- Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud.
- Evalúe el estado emocional y mental de la mujer. Pregúntele si se siente mejor. Si refiere algún problema nuevo o persistente, gestione apoyo psicosocial y manejo del estrés.
- En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4, que explica cómo proceder desde el primer nivel de atención. Si es posible, coordine la atención con el ERVBGG.

Seguimiento

- Programe la próxima consulta de seguimiento tres meses después de la agresión.

Seguimiento a los tres meses

<p>ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ofrezca orientación y prueba de VIH. <input type="checkbox"/>
<p>Salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud. <input type="checkbox"/> Evalúe el estado emocional y mental de la mujer. Pregúntele si se siente mejor. Si refiere algún problema nuevo o persistente, gestione apoyo psicosocial y manejo del estrés. <input type="checkbox"/> En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4, que explica cómo proceder desde el primer nivel de atención. Si es posible, coordine la atención con el ERVBGG. <input type="checkbox"/>
<p>Seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programa la próxima consulta de seguimiento para seis meses después de la agresión. Además, si procede, recuerde a la mujer sobre la dosis de los seis meses de la vacuna contra la hepatitis B. <input type="checkbox"/>

Seguimiento a los seis meses

ITS

- Ofrezca la orientación y la prueba del VIH.
- Si es necesario, administre la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B y la segunda de la vacuna del HPV.

Salud mental

- Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud.
- Evalúe el estado emocional y mental de la mujer. Pregúntele si se siente mejor. Si refiere algún problema nuevo o persistente, gestione apoyo psicosocial y manejo del estrés.
- En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4, que explica cómo proceder desde el primer nivel de atención. Si es posible, coordine la atención con el ERVBGG.

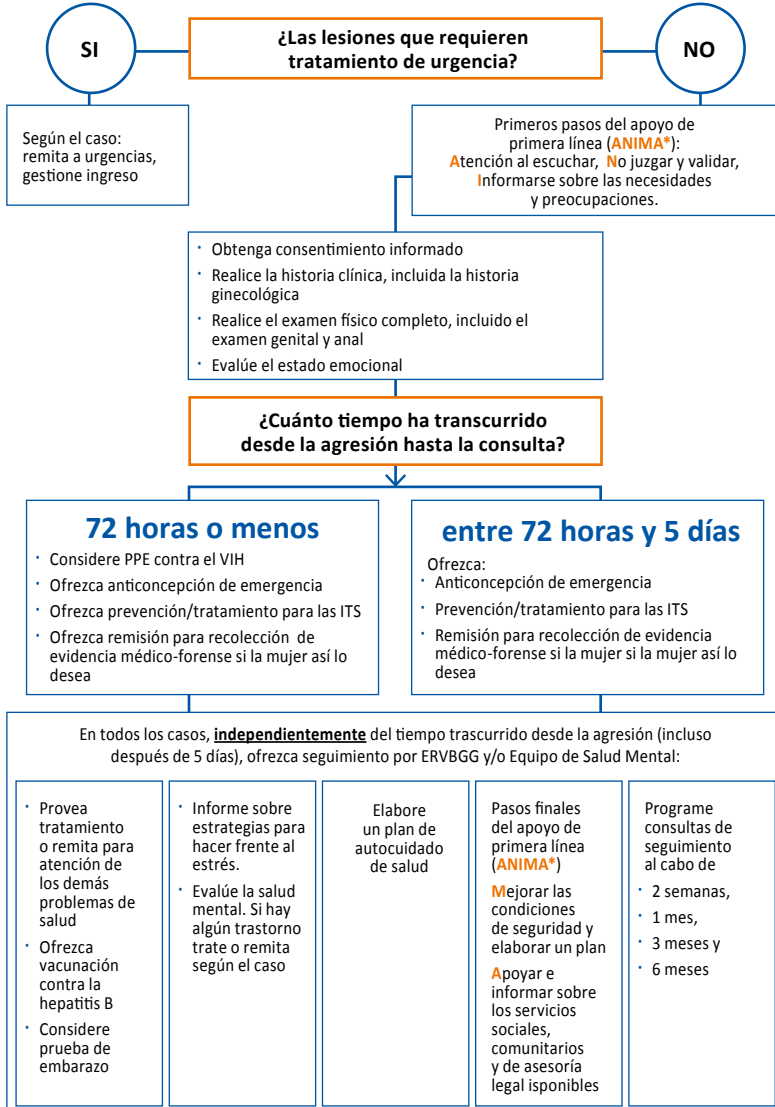
Calendario de pruebas de laboratorio

Prueba	Calendario de pruebas	
	Prueba inicial	Repetición
Embarazo	En la 1ª consulta	a las dos semanas y/o al mes
Clamidiasis Gonorrea, tricomoniasis (opcional, si está disponible),	En la 1ª consulta	
Sífilis	En la 1ª consulta	Al mes
VIH	En la 1ª consulta si la mujer está dispuesta*	Al mes y 3 meses
Hepatitis B	En la 1ª consulta**	A los 3 meses
Hepatitis C	En la 1ª consulta	A los 3 meses

* Si la mujer resulta positiva para el VIH en la 1ª consulta, no administre la PPE. Si se niega a realizar la prueba y se desconoce si es VIH positiva, ofrézcale la PPE.

** Realice, si es posible, la prueba si la mujer no está segura de haber recibido las tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Si la prueba tomada en la primera consulta indica que está inmunizada, no se requerirá una nueva vacuna.

Flujograma de atención inicial tras una agresión sexual



*Para detalles sobre el apoyo de primera línea (ANIMA) vea el capítulo 2



Capítulo 4

Atención complementaria de la salud mental

Muchas mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual tendrán problemas emocionales o de salud mental. No obstante, una vez que la agresión o la situación violenta han pasado, es probable que estos problemas mejoren y la mayoría de las mujeres se recuperen. Hay maneras específicas a través de las cuales usted puede ofrecer ayuda, y técnicas que puede enseñar a las mujeres para reducir el estrés y apoyarlas en su recuperación.

Algunas mujeres, sin embargo, sufren más que otras. Es importante poder reconocer a estas mujeres y ayudarlas a obtener la atención que necesitan. Si no se dispone de dicha atención, hay varias acciones que los integrantes del equipo de salud de primer nivel pueden llevar a cabo para ayudar a las mujeres a manejar sus dificultades.

Apoyo psicosocial básico

Después de una agresión sexual, puede bastar con un apoyo psicosocial durante uno a tres meses, sin dejar de realizar controles de seguimiento para detectar problemas de salud mental de mayor gravedad. Este apoyo puede también ser brindado por el ERVBGG.

- Ofrezca el apoyo de primera línea en cada consulta (véase la página 40).
- Explique a la mujer que probablemente se sentirá mejor a medida que pase el tiempo.
- Ayúdela a fortalecer sus técnicas de afrontamiento positivo (véase más adelante).
- Explore la disponibilidad de recursos de apoyo social (véase más adelante).
- Enséñele y muéstrela cómo se hacen los ejercicios de manejo del estrés. (Véanse las páginas 117 y 118. Se puede hacer una copia de esas páginas y entregarlas a la mujer)

para que se las lleve, siempre que esto no suponga un peligro para ella.)

- Acuerde controles periódicos de seguimiento para darle más apoyo.

Fortalecimiento de las técnicas de afrontamiento positivo de la mujer

Después de un episodio de violencia, la mujer puede tener dificultades para reanudar su vida cotidiana. Aliéntela a adoptar pasos pequeños y sencillos, y hable con ella acerca de su vida y sus actividades. Analicen la situación y planeen en conjunto. Transmítale la idea de que todo probablemente mejorará a medida que pase el tiempo, sin minimizar el sufrimiento por el que atraviesa.

Anime a la mujer a:

- aprovechar sus puntos fuertes y sus capacidades, pregúntele en qué cosas le va bien en la actualidad y cómo ha resuelto situaciones difíciles en el pasado;
- seguir con las actividades normales, sobre todo las que le interesaban o le producían satisfacción;
- buscar actividades relajantes que la ayuden a aliviar la ansiedad y la tensión;
- seguir una pauta regular de sueño y evitar dormir demasiado;
- practicar actividad física con regularidad;
- no automedicarse ni tomar alcohol o consumir sustancias ilegales para sentirse mejor;
- reconocer los pensamientos de autolesión o suicidio y, si se producen, acudir a la consulta a la mayor brevedad posible.

En estos casos, realice una derivación para atención de salud mental de acuerdo a pautas de Intento de Auto Eliminación (IAE) (ordenanza 384/mayo 2017. Ver Anexo 4) Ver el recuadro Riesgo inminente de suicidio de página 121.

Aliéntela a que acuda de nuevo a la consulta si estas sugerencias no la ayudan a sentirse mejor e informe sobre la línea de prevención de suicidio.

Recursos de apoyo social disponibles

Un buen apoyo social es una de las medidas de protección más importantes para toda mujer que tenga problemas relacionados con el estrés. Cuando las mujeres sufren maltrato o violencia, es normal que se sientan separadas de sus círculos sociales habituales o que sientan que no puede conectarse con ellos, quizá por falta de energía o debido a que sienten vergüenza.

Puede preguntar a la mujer:

- “¿Con quién le gusta estar cuando no se siente bien?”
- “¿A quién recurre en busca de consejo?”
- “¿Con quién se siente más cómoda para contarle sus problemas?”

Nota: Explique a la mujer que, aunque no quiera contarle a nadie lo que le ha sucedido, aún puede compartir tiempo con su familia y sus amistades. Pasar tiempo en compañía de personas con quienes disfruta puede servirle para aliviar el estrés emocional.

Ayúdela a darse cuenta de actividades sociales o recursos del pasado que le puedan proveer respaldo psicosocial directo o indirecto (p. ej., reunirse con la familia, visitar a los vecinos, practicar un deporte o involucrarse en actividades comunitarias), y anímela a que participe.

- Sugerimos el trabajo en equipo interdisciplinario y en coordinación con redes locales y recursos comunitarios como centros comunitarios;
- grupos de autoayuda y apoyo;
- actividades que le permitan generar ingresos y otras actividades vocacionales;
- educación formal e informal.

Ejercicios para ayudar a reducir el estrés

1. Técnica de respiración lenta

- Primero, siéntese con los pies sobre el piso y ponga las manos sobre los muslos. Después de aprender cómo se hacen los ejercicios, practíquelos con los ojos cerrados. Estos ejercicios la ayudarán a tranquilizarse y relajarse. Puede practicarlos cada vez que se sienta estresada, ansiosa o que no pueda dormir.
- Relaje todo el cuerpo. Sacuda fuertemente los brazos y las piernas, y luego aflójelos y déjelos caer sueltos. Rote los hombros hacia atrás y mueva la cabeza de lado a lado varias veces.
- Coloque las manos sobre el abdomen. Concéntrese en su respiración.
- Suelte lentamente todo el aire por la boca, sintiendo cómo se vacía y se aplanan el abdomen. A continuación tome aire por la nariz, lenta y profundamente, sintiendo cómo se llena su abdomen como si fuese un globo.
- Respire profunda y lentamente. Puede contar "uno, dos, tres" cada vez que inhala y "uno, dos, tres" cada vez que exhala.
- Siga respirando así por unos dos minutos, notando cómo la tensión abandona su cuerpo a medida que respira.

2. Técnica de relajación muscular progresiva

- Este ejercicio consiste en tensar y relajar los músculos del cuerpo. Se empieza con los dedos de los pies.

- Flexione bien los dedos de los pies, como rizándolos, y manténgalos así con firmeza. Al principio puede doler un poco. Inhale profundamente y cuente hasta tres mientras mantiene los dedos flexionados. A continuación, relaje los dedos y suelte todo el aire. Luego respire normalmente y sienta cómo se relajan los dedos de los pies.
- Repita la misma secuencia con cada parte del cuerpo que se indica a continuación. En cada caso, inhale profundamente mientras tensa con fuerza los músculos, cuente hasta tres y luego relájese por completo y suelte todo el aire lentamente.
 - Tense los músculos de las piernas y de los muslos...
 - Tense los músculos del abdomen...
 - Apriete los puños...
 - Flexione los brazos y ténselos bien firmes...
 - Acerque las paletillas (omóplatos) entre sí lo más que pueda...
 - Encójase de hombros hasta donde alcance...
 - Frunza todos los músculos de la cara...
- A continuación, baje lentamente el mentón hacia el pecho. Mientras toma aire, trace un círculo con la cabeza hacia el lado derecho, despacio y con delicadeza. Luego suelte el aire mientras gira la cabeza hacia la izquierda, hasta llegar de nuevo a la posición inicial. Repítalo tres veces y luego vuelva a empezar, pero en la dirección contraria: tome aire yendo hacia la izquierda y hacia atrás y suéltelo girando la cabeza hacia la derecha y abajo; repítalo tres veces.
- Vuelva la cabeza al centro y sienta cómo la invade la tranquilidad.

Atención para los problemas de salud mental más graves

Evaluación de los problemas de salud mental

El estado mental se evalúa al mismo tiempo que se hace el examen general de salud. La evaluación comienza con observar y escuchar atentamente. Preste atención a los aspectos que se describen en el cuadro.

Aspecto y comportamiento de la mujer	¿Cuida de su aspecto personal? ¿Tiene la ropa y el pelo ordenados? ¿Está distraída o agitada? ¿Está inquieta o está tranquila? ¿Presenta signos de embriaguez o de consumo de drogas?
Estado de ánimo, tanto el que usted observa como el que ella refiere	¿Está tranquila? ¿Llora? ¿Está enojada, ansiosa, muy triste, sin expresión?
Discurso	¿Está callada? ¿Cómo habla (con claridad o con dificultad)? ¿Habla demasiado rápido o demasiado lento? ¿Está desorientada?
Pensamientos	¿Tiene pensamientos de autolesión? ¿La acosan reiteradamente los pensamientos o recuerdos negativos? ¿Revive los hechos traumáticos continuamente en su memoria?

También puede obtener información con algunas preguntas generales:

- “¿Cómo se siente?”
- “¿Ha habido cambios en su situación?”
- “¿Está teniendo algún problema?”
- “¿Le cuesta hacer frente a la vida cotidiana?”

Si en la evaluación general detecta problemas relacionados con el estado de ánimo, el pensamiento o el comportamiento y la mujer es incapaz de desenvolverse en su vida cotidiana, es posible que tenga problemas de salud mental más graves. En este caso y de acuerdo a la situación, realice una derivación para atención de salud mental, recurra a intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos (decreto 305/011)⁸.

Véase la página 122, en la que se abordan el trastorno depresivo y el trastorno por estrés postraumático.

En la Guía de Intervención mhGAP, en especial en su anexo dedicado específicamente a los trastornos por estrés, pueden consultarse más detalles sobre la evaluación y el abordaje de todos los problemas mencionados y de otros problemas de salud mental frecuentes: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

8 Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental_1.pdf

Riesgo inminente de suicidio y autolesión

Algunos integrantes del equipo de salud temen que hablar a la mujer sobre el suicidio la impulse a suicidarse. Sin embargo, por el contrario, hablar del suicidio suele mitigar la ansiedad relacionada con los pensamientos suicidas y ayuda a la mujer a sentirse comprendida.

Si la mujer:

- tiene actualmente pensamientos suicidas o de autolesión o ha hecho planes para suicidarse o autolesionarse,
- o
- ha tenido en el último mes pensamientos o planes para autolesionarse, o se ha autolesionado en el último año y en este momento está muy nerviosa, violenta, con estrés grave o poco comunicativa,

Existe riesgo inmediato de que la mujer se autolesione o se suicide y no se la debe dejar sola.

En estos casos derive a la mujer de inmediato a un especialista de salud mental o al servicio de urgencias, de acuerdo la ordenanza ministerial 384 que establece para estos casos un protocolo de atención y seguimiento a las personas con Intento de Auto Eliminación en el SNIS. (Ver Anexo 3).

Trastorno depresivo moderado a grave

Las mujeres que han sufrido violencia de pareja o una agresión sexual pueden tener sentimientos muy intensos y persistentes de temor, culpa, vergüenza, duelo por lo que han perdido y desesperanza. Estos sentimientos, por muy abrumadores que sean, suelen ser pasajeros y constituyen reacciones comunes a dificultades recientes.

Cuando la mujer no encuentra una manera de afrontarlos y los síntomas persisten, es posible que esté sufriendo un trastorno mental, por ejemplo, un trastorno depresivo.

Es posible que una persona desarrolle un trastorno depresivo aun cuando no está enfrentando una experiencia traumática. En todas las comunidades hay personas que tienen trastornos depresivos preexistentes. Si la mujer ya tenía antecedentes de trastornos depresivos, estará mucho más propensa a padecerlos nuevamente.

Nota: La decisión de tratar los trastornos depresivos moderados a graves debe tomarse únicamente si la mujer tiene síntomas persistentes durante al menos dos semanas y si siente que no puede desempeñar sus actividades cotidianas.

Síntomas típicos de un trastorno depresivo

- Poca energía, cansancio, trastornos del sueño.
- Síntomas físicos sin causa aparente (p. ej., dolores y molestias físicas).
- Tristeza o estado de ánimo depresivo persistentes; ansiedad.
- Pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar.

Evaluación del trastorno depresivo moderado a grave

1. ¿Padece la mujer un trastorno depresivo moderado a grave?

Evalúe lo siguiente:

A) *La mujer ha tenido alguno de los siguientes síntomas centrales de un trastorno depresivo durante al menos dos semanas:*

- persistencia del estado de ánimo depresivo (en el caso de las niñas y adolescentes: irritabilidad o estado de ánimo depresivo);
- marcada disminución del interés o de la capacidad de disfrutar las actividades, incluidas las que antes disfrutaba.

B) *La mujer ha tenido en un grado alto varios de los siguientes síntomas adicionales de un trastorno depresivo, o ha tenido muchos de ellos en menor grado, durante al menos dos semanas:*

- trastornos del sueño o demasiado sueño;
- alteración significativa del apetito o del peso (pérdida o aumento);
- sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva;
- fatiga o pérdida de energía;
- disminución de la capacidad de mantener la atención o de concentrarse;
- indecisión;
- agitación evidente o intranquilidad física;

- lentitud anormal al hablar o al moverse;
- desesperanza con respecto al futuro;
- pensamientos o actos suicidas.

C) *La mujer tiene dificultades significativas para desenvolverse en la esfera personal, familiar, social o laboral, o en otros ámbitos importantes de su vida.*

Pregúntele por los diferentes aspectos de su vida cotidiana, como el trabajo, el estudio y las actividades domésticas o sociales.

Si están presentes A, B y C (los tres a la vez) durante al menos dos semanas, es probable que la mujer padezca un trastorno depresivo moderado a grave.

2. *¿Hay otras posibles explicaciones para los síntomas (que no sean el trastorno depresivo moderado a grave)?*

- Descarte cualquier trastorno físico que pueda asemejarse al trastorno depresivo.
 - Descarte o trate los cuadros de anemia, desnutrición o hipotiroidismo, los accidentes cerebrovasculares y los efectos secundarios de medicamentos (p. ej., las fluctuaciones del estado de ánimo asociadas con los corticoesteroides).
- Descarte que haya algún antecedente de episodios maníacos. Averigüe si ha habido algún momento en el pasado en el que la mujer haya presentado al mismo tiempo varios de los síntomas siguientes:
 - disminución de la necesidad de dormir;

- euforia (sensación exagerada de bienestar), humor expansivo o irritabilidad;
- pensamientos descontrolados, se distrae fácilmente;
- incremento de la actividad física, sensación de aumento de la energía o gran rapidez al hablar;
- comportamientos impulsivos o precipitados como apostar o gastar excesivamente, o tomar decisiones importantes sin reflexionarlas bien;
- aumento injustificado de la autoestima.

Es probable que la mujer haya tenido un episodio maníaco si varios de los cinco síntomas citados anteriormente estuvieron presentes durante más de una semana y le dificultaron significativamente las actividades cotidianas o representaron un peligro para sí misma o para los demás. En ese caso, es probable que la depresión esté formando parte de otro trastorno denominado trastorno bipolar y que se requiera un abordaje distinto. En ese caso, consulte a un especialista.

- Descarte las reacciones típicas a la violencia. Lo más probable es que una reacción sea típica:
 - si mejora notablemente con el transcurso del tiempo sin intervención clínica;
 - si no hay historia previa de trastorno depresivo moderado a grave ni de episodios maníacos; y
 - si los síntomas no afectan las actividades cotidianas de forma significativa.

Manejo de los trastornos depresivos moderados a graves

1. Ofrezca psicoeducación

Mensajes clave para la mujer (y para la persona encargada de cuidarla, si corresponde):

- La depresión es un trastorno muy frecuente que puede afectar a cualquier persona.
- Padecer una depresión no significa que la mujer sea débil ni perezosa.
- Las actitudes negativas de los demás (p. ej.: “tienes que ser más fuerte” o “tienes que sobreponerte”) pueden deberse a que la depresión no es una enfermedad visible (a diferencia de una fractura o de una lesión) y a la idea falsa de que las personas pueden controlarla fácilmente con la fuerza de la voluntad.
- Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas sobre sí mismas, sobre su vida y sobre su futuro. Su situación actual puede ser de por sí muy difícil, pero la depresión puede causar pensamientos injustificados de desesperanza y desvalorización. Es muy probable que estos pensamientos mejoren cuando la depresión haya sido controlada.
- Usualmente, el tratamiento tarda unas semanas antes de empezar a surtir efecto.
- Aunque sea difícil, la mujer debe intentar hacer lo siguiente, puesto que esto la ayudará a mejorar su estado de ánimo:
 - continuar realizando las actividades que antes disfrutaba;
 - mantener la regularidad de las horas de sueño y de la hora de levantarse;
 - mantenerse activa físicamente, tanto como sea posible;

- comer de forma regular, a pesar de los cambios en el apetito;
 - pasar tiempo con amigos y familiares de confianza;
 - participar, en la medida de lo posible, en actividades sociales y de la comunidad.
- Pídale a la mujer que trate de estar consciente de cualquier pensamiento de autolesión o suicida que le aparezca. Dígale que si advierte estos pensamientos, que le cuente a una persona de confianza y regrese de inmediato en busca de ayuda.

2. Fortalezca el apoyo social y enseñe las técnicas de manejo del estrés

Véanse las páginas 115 y 117.

3. Considere remitir a la mujer para un tratamiento psicológico contra la depresión siempre que esté disponible.

4. Considere la prescripción de antidepresivos

Recete antidepresivos si el cuadro clínico lo amerita.

En la Guía de Intervención mhGAP pueden consultarse más detalles sobre la evaluación y el abordaje de los trastornos depresivos moderados a graves, incluida la prescripción de antidepresivos: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

5. Consulte a un psiquiatra:

- Si la mujer no está en capacidad de recibir terapia interpersonal, terapia conductual cognoscitiva o antidepresivos;

O

- si la mujer presenta un riesgo inminente de suicidio o autolesión (véase la página 121).

6. Seguimiento

- Ofrezca consultas periódicas de seguimiento. Programe la segunda cita para una semana más tarde y citas posteriores dependiendo de la evolución del trastorno.
- Haga seguimiento de los síntomas. Considere derivar a la mujer si no se observa ninguna mejoría.

Trastorno por estrés postraumático

Inmediatamente después de una experiencia potencialmente traumática como puede ser una agresión sexual, la mayoría de las mujeres experimentan estrés psicológico. Para muchas mujeres, se trata de reacciones pasajeras que no requieren tratamiento clínico. Sin embargo, cuando un conjunto característico y específico de síntomas (rememoración, evitación y sensación de estar en constante peligro) persiste durante más de un mes después de la agresión, puede ser que se haya desarrollado un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Observe que, a pesar de su nombre, el TEPT no es necesariamente el único trastorno que puede producirse después de la violencia ni el más importante. Como se ha visto anteriormente, dichas experiencias pueden desencadenar muchas otras afecciones de salud mental, como el trastorno depresivo y el trastorno por consumo de alcohol.

Síntomas característicos del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Puede resultar difícil distinguir las mujeres con TEPT de aquellas que sufren otros problemas, dado que en las etapas iniciales el TEPT puede presentarse con síntomas inespecíficos como:

- trastornos del sueño (p. ej., dificultad para dormir);
- irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo depresivo;
- síntomas físicos múltiples y persistentes sin una causa física aparente (p. ej., dolor de cabeza, palpitaciones).

Sin embargo, en la medida en que se pregunta más a fondo, es posible que las mujeres cuenten que tienen síntomas característicos de un TEPT.

Evaluación para detectar el TEPT

Si ha transcurrido más de un mes desde que se produjo la agresión, evalúe si la mujer presenta un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Evalúe la presencia de:

- **Síntomas de rememoración:** Recuerdos repetidos e indeseados sobre la violencia en los que la mujer revive los hechos como si estuvieran pasando en el presente (p. ej.: pesadillas, escenas del pasado o recuerdos involuntarios, acompañados de temor intenso o pánico).
- **Síntomas de evitación:** Eludir intencionalmente los pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que evoquen la agresión (p. ej., la mujer evita hablar de temas que le recuerden los hechos o evita regresar a los lugares donde sucedieron).
- **Síntomas relativos a la sensación aumentada de estar en constante peligro como:** Hipervigilancia y preocupación y alerta excesivas ante un posible peligro, o reacción exagerada ante movimientos súbitos o inesperados (p. ej., la mujer se muestra asustadiza y se sobresalta con facilidad).
- **Dificultades para llevar adelante las actividades cotidianas.**

Si todos estos síntomas están presentes aproximadamente un mes después de la agresión, es probable que la mujer esté sufriendo un TEPT.

Evalúe, además, si la mujer presenta otros problemas de salud física, trastorno depresivo moderado a grave, pensamientos suicidas o problemas por consumo de alcohol y drogas.

Manejo del TEPT

1. Informe a la mujer sobre el TEPT

Explique a la mujer que:

- Muchas personas se recuperan del TEPT con el paso del tiempo sin tratamiento, pero el tratamiento acelera la recuperación.
- Las personas con TEPT sienten que siguen aún en constante peligro y pueden sentirse con mucha tensión. Se sobresaltan o se asustan con facilidad, o están en constante alerta.
- Las personas con TEPT rememoran reiteradamente y sin quererlo la experiencia traumática, lo cual les provoca sentimientos de pánico y terror parecidos a los que tuvieron cuando se produjo el trauma en la realidad. También es habitual que sufran pesadillas.
- Las personas con TEPT tratan constantemente de eludir todo aquello que les recuerde la experiencia traumática. Esta evitación puede acarrearles problemas en la vida cotidiana.
- (Si procede) Las personas con TEPT pueden tener otros síntomas físicos y mentales, como dolores y molestias corporales, poca energía, cansancio, irritabilidad y estado de ánimo depresivo.

Recomiende a la mujer que:

- Siga con su rutina diaria normal, en la medida de lo posible.
- Hable de lo ocurrido y de cómo se siente con personas de confianza, pero solamente si se siente lista para hacerlo.
- Haga actividades que la relajen a fin de disminuir la ansiedad y la tensión.
- Evite consumir bebidas alcohólicas o drogas ilícitas para hacer frente a los síntomas del TEPT.

2. Fortalezca el apoyo social y enseñe técnicas de manejo del estrés

Véanse las páginas 115 y 117.

3. Recorra a equipos de salud mental para valorar indicación de intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos (decreto 305/011).

- Consulte a un psiquiatra Si la mujer no puede recibir ninguno de los dos tipos de tratamientos indicados en el punto anterior;

O

- si está en riesgo inminente de suicidio o autolesión (véase la página 121).

4. Seguimiento

Programe una segunda consulta al cabo de dos a cuatro semanas y controles posteriores según evolucione el trastorno.

Ejemplo de formulario de anamnesis y examen físico

Consejos prácticos sobre cómo hablar con la mujer

- Demuestre que la está escuchando y que le interesa lo que ella dice: establezca contacto visual, muestre que entiende sus sentimientos (p. ej., asintiendo con la cabeza, diciendo "ya entiendo" o "ya veo cómo se siente").
- Siéntese al mismo nivel que la mujer.
- Respete la dignidad de la mujer, sin expresar juicios negativos sobre ella ni sobre otras personas.
- Actúe con cortesía, animándola a contestar pero sin insistir.
- Formule una pregunta a la vez. Utilice un lenguaje claro y sencillo. Pida aclaración o detalles si es necesario.
- Dele tiempo a que responda y permita los silencios, sin apresurarla.

Formulario de anamnesis y examen físico en caso de agresión sexual

¿Me permite hacerle unas preguntas para ver cómo podemos ayudarla? Sé que hay algunas cosas sobre las cuales es muy difícil hablar, pero por favor intente responder. Sin embargo, quiero que sepa que no está obligada a responder si es demasiado difícil para usted.

1. DATOS PERSONALES

Apellido/s		Nombre	
Domicilio			
Sexo	Fecha de nacimiento	____/____/____ DD MM AA	Edad
Fecha y hora		En presencia de:	
____/____/____; _____ DD MM AA			

2. INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Problemas de salud existentes	
¿Tiene algún problema de salud en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál(es)?	
¿Es alérgica a algo? En caso afirmativo, ¿a qué?	
¿Toma algún medicamento, hierbas o remedios?	
Historia de vacunación	
¿Está usted vacunada contra...	
... el tétanos?	<input type="checkbox"/> Sí Fecha: ____/____/____ DD MM AA
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
... la hepatitis B?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
... el HPV?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
VIH/sida	
¿Se ha hecho la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> Sí Fecha: ____/____/____ DD MM AA
	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿puedo saber cuál fue el resultado?	
	<input type="checkbox"/> Negativo
	<input type="checkbox"/> Positivo
	<input type="checkbox"/> No desea comunicarlo
	<input type="checkbox"/> No sabe

3. DESCRIPCIÓN DE LA AGRESIÓN

Hora:				
Describir tipo y ubicación en el cuerpo				
Penetración	Sí	No	No está segura	Tipo (bucal, vaginal, anal)
Pene				
Dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro tipo (describir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eyacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se usó un preservativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Después de los hechos, usted				
¿Vomitó?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Orinó?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Defecó?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se lavó los dientes?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se enjuagó la boca?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se cambió de ropa?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se lavó o se bañó?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se lavó o se bañó?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se puso un tampón o una toalla higiénica?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

4. HISTORIA GINECOLÓGICA

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

DIU

Esterilización

Implante

Píldora

Preservativos

Inyecciones

Otro: _____

¿Estaba usándolo cuando se produjo la agresión?

Si

No

Menstruación y embarazo

¿Cuándo comenzó su última menstruación? Fecha: ____ / ____ / ____
DD MM AA

¿Estaba menstruando en el momento de la agresión?

Si

No

¿Cree usted que puede estar embarazada?

Si

No

En caso afirmativo, de cuánto tiempo: ____ semanas

¿Ha estado embarazada alguna vez?

Si

No

En caso afirmativo, ¿cuánta veces? ____ embarazos

Antecedentes de relaciones consentidas o permitidas

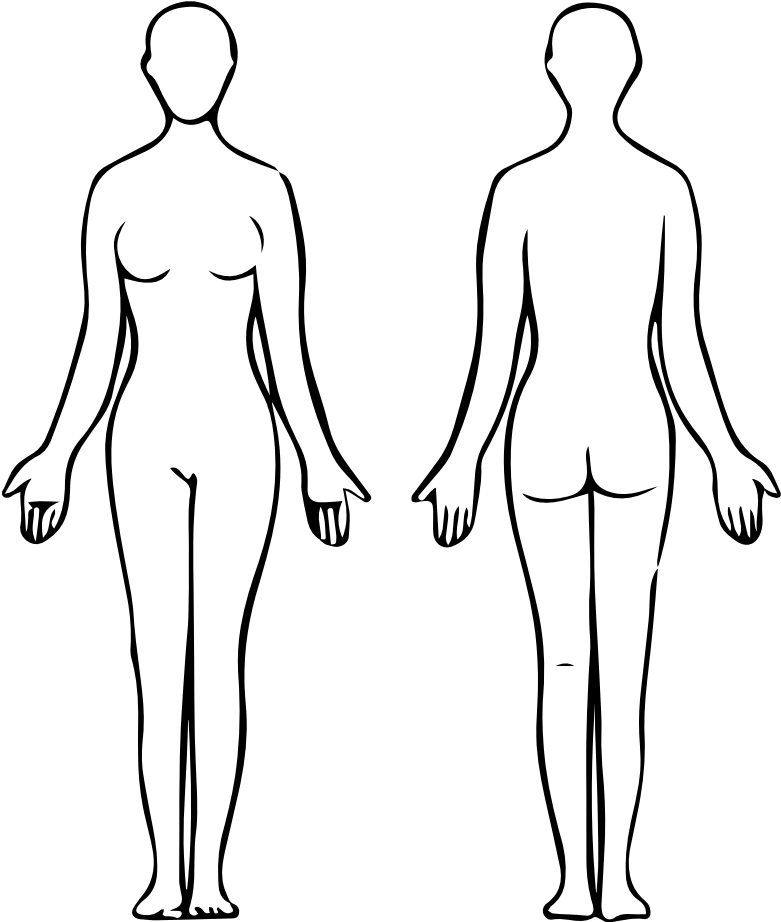
(Únicamente si se recogen muestras para el análisis de ADN en caso de agresión)

¿Cuándo tuvo relaciones sexuales con su consentimiento o permiso por última vez? _____ ____ / ____ / ____
DD MM AA

5. EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA DE CABEZA A PIES

Peso	Talla	Estadio puberal (prepuberal, puberal, maduro)	
Pulso	Presión arterial	Frecuencia respiratoria	Temperatura
<p>Hallazgos físicos</p> <p>Describa sistemáticamente y señale en ilustraciones adjuntas (si están disponibles) la ubicación exacta de todas las heridas, hematomas, Petequias (signos de hemorragias subcutáneas), marcas, etc. Documente el tipo, el tamaño, el color, la forma y otros detalles. La descripción debe ser lo más completa y precisa que sea posible. No interprete las observaciones.</p>			
Cabeza y cara		Boca y nariz	
Ojos, orejas y oídos		Cuello	
Tórax		Espalda	
Abdomen		Nalgas	
Brazos y manos		Piernas y pies	

Estas ilustraciones pueden ser de utilidad para localizar las lesiones



6. EXAMEN GINECOLÓGICO (GENITAL Y ANAL)

Vulva	Introito e himen	Ano
Vagina	Cuello uterino	Examen bimanual: Examen rectovaginal: ¿Hay indicios de mutilación genital femenina? (si procede) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa:
Posición de la paciente Mencione la posición en la que se realizó el examen: acostada boca arriba (supino), boca abajo (prono), de lado (lateral), con las rodillas en el pecho (genupectoral)		
Para la inspección genital	Para la inspección anal	

7. ESTADO MENTAL

Apariencia (¿Ropa y pelo arreglados o desarreglados? ¿Distraída o nerviosa? ¿Inquieta? ¿Presenta signos de embriaguez o consumo de drogas?)

Estado de ánimo

Pregunte: ¿Cómo se siente?

Además, observe. Por ejemplo: ¿está tranquila, llora, está enojada, ansiosa, muy triste, sin expresión?

Lenguaje. (¿Guarda silencio? ¿Habla con claridad o con dificultad? ¿Está desorientada? ¿Habla muy rápido o muy lento?)

Pensamiento

Pregunte: *¿Ha pensado en lastimarse a sí misma?*

Sí No

¿Tiene pensamientos o recuerdos negativos que le vuelven una y otra vez?

Sí No

¿Revive los hechos en su memoria una y otra vez?

Sí No

8. PRUEBAS REALIZADAS

Tipo de prueba y lugar del que se tomó la muestra	Examinada/ enviada al laboratorio	Resultados

9. EVIDENCIA MEDICO-FORENSE OBTENIDA

Tipo de evidencia y lugar del que se tomó	Lugar al que se envió o en el que se guardó	Responsable de la obtención, fecha y hora

10. TRATAMIENTOS PRESCRITOS

Tratamiento	Sí	No	Tipo y observaciones
Prevención/tratamiento de las ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento de las heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profilaxis antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacunación contra la hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profilaxis postexposición contra el VIH (PPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. ORIENTACIÓN, REMISIONES, SEGUIMIENTO

¿La mujer ha hecho la denuncia ante la policía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La mujer planea hacerla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Aún no ha tomado una decisión <input type="checkbox"/> No	
¿Dispone de un lugar seguro al que ir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene alguien que la acompañe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Orientación proporcionada:	
Servicios a los que se remite (p. ej.: acogida, atención en salud mental, grupos de apoyo):	
Servicio:	Finalidad:
¿Se acuerda una cita de seguimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la próxima cita: ___ / ___ / ___ DD MM AA	

Nombre del proveedor de servicio de salud a cargo del examen físico /interrogatorio:

Cargo: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Copie o recorte esta tarjeta recordatoria y pliéguela para llevarla en el bolsillo.



Recordatorio de bolsillo

Pregunte acerca de la violencia

Puede decir: "Muchas mujeres pueden tener problemas con su pareja, pero esto que ha pasado no es aceptable".

Puede preguntarle:

- "¿Le tiene miedo a su pareja?"
- "¿La ha amenazado él u otra persona de la casa con lastimarla? En ese caso, ¿cuándo?"
- "¿La ha amenazado con matarla?"
- "¿La intimida o la insulta?"
- "¿Intenta controlarla, por ejemplo, no dejándola tener dinero o salir de la casa?"
- "¿La ha obligado a tener relaciones sexuales sin que usted quisiera?"

Signos de riesgo inmediato

- Empeoramiento de la violencia.
- Amenazarla con armas.
- Intentar estrangularla.
- Golpearla durante el embarazo.
- Celarla constantemente.
- Pregúntele: "¿Cree usted que él podría matarla?"

Atención al escuchar

Escuche atentamente y con empatía.

No juzgar y validar

Muestre que le cree, que la comprende y que no la juzga

Informarse sobre las necesidades y preocupaciones

Identifique y responda a sus necesidades y preocupaciones: emocionales, físicas, sociales y prácticas.

Mejorar la seguridad

Hable sobre cómo protegerla de más daños.

Apoyar

Póngala en contacto con servicios y apoyo social.

Recursos clave

Organización Mundial de la Salud (2013). *Respuesta a la Violencia de pareja y a la Violencia contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica. Resumen*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHOR-HR13_10_esp.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendation for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization (2016). *Consolidated guidelines on the use of anti-retroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición 2015. Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

World Health Organization (2015). *Strengthening the medico-legal response to sexual violence: Toolkit*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1

Department of Health (2005). *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. Londres: Department of Health.
http://www.domesticviolencelondon.nhs.uk/uploads/downloads/DH_4126619.pdf

Inter-Agency Standing Committee Sub-Working Group on Gender in Humanitarian Action (2010). *Caring for survivors of sexual violence in emergencies: training guide*. Ginebra: IASC.

<http://www.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/GBV/Caring%20for%20Survivors.pdf>

National Health Service (2009). *Rape and sexual assault: what health workers need to know about gender-based violence*. Glasgow: National Health Service, Gender Based Violence Programme.

http://www.gbv.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2009/12/GBV_Rape-Sexual-Assault-A4-4.pdf

Snider C et al. (2009). "Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department". *Acad Emerg Med* 16 (11): 1208-1216.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2009.00457.x/full>

South African AIDS Training Programme (2001). *Counselling guidelines on domestic violence*. HIV Counselling Series No. 4. Harare: South African AIDS Training Programme.

<http://catalogue.safaid.net/publications/counselling-guidelines-domestic-violence>

Disponible en PDF en:

<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0803/ID12207.pdf>

World Health Organization (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

World Health Organization (2010a). *Adolescent job aid*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44387/1/9789241599962_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010b). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

Organización Mundial de la Salud (2012). *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf

World Health Organization (2013a). *mhGAP module assessment management of conditions specifically related to stress adapted from mhGAP*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

<http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

World Health Organization (2014). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102380/1/9789241548618_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/

Organización Mundial de la Salud y Centro para Programas de Comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Actualización de 2011. Ginebra y Baltimore: Organización Mundial de la Salud y Centro para Programas de Comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins
<https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-handbookfull.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición 2015. Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

World Health Organization, United Nations High Commissioner for Refugees (2004). *Clinical management of rape survivors*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>

World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations High Commissioner for Refugees (2009). *Clinical management of rape survivors: e-learning programme*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>

Organización Panamericana de la Salud (2013). *PALTEX Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Capítulo 6 "Violencia Doméstica". Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9437%3Aapaltex-mental-health-manual-primary-care-workers-chapter-6-domestic-violence-&catid=1505%3Aabout-us&Itemid=1519&lang=en

Anexos

Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes¹.

Antecedentes

En el marco del Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la Violencia Doméstica y la implementación del Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional, se identificó la necesidad de profundizar las articulaciones interinstitucionales para mejorar la respuesta coordinada ante situaciones de riesgo por violencia doméstica que viven mujeres², niños, niñas y adolescentes.

Con este objetivo se conformó en el mes de abril de 2016 un Grupo de Trabajo al que fueron convocados representantes de todos los organismos integrantes del CNCLVD³.

Introducción

El proceso del Grupo de Trabajo permitió visibilizar la acumulación en la construcción de los diferentes instrumentos que cada orga-

1 Adaptado del Documento elaborado por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica

2 Incluidas las mujeres trans.

3 En el GT participaron en forma permanente el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, el Servicio Telefónico 4141 e Inmujeres. Se incorporaron posteriormente la Secretaría para la Igualdad de Género de la IM e INAU. Participó en una oportunidad el Poder Judicial.

nismo ha ido elaborando –protocolos, guías, mapas de rutas, etc.–, que da cuenta de un enfoque conceptual compartido y del esfuerzo por generar herramientas operativas convergentes. Al mismo tiempo, estos instrumentos fueron pensados de acuerdo a la población destinaria, a las características y competencias de cada organismo. En este sentido, **se constata entonces la necesidad de dar un paso más en la construcción de acuerdos operativos intersectoriales**. Este documento busca contribuir a este proceso respecto a la valoración del riesgo, que sea de utilidad para las acciones de todos los sectores que intervienen en las situaciones de violencia doméstica.

Se busca contribuir al cumplimiento del *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional en tanto Objetivo Sanitario*.

Caracterización de situaciones de riesgo / peligrosidad en violencia doméstica

Hablamos de “situaciones” a fin de contemplar los aspectos dinámicos de las mismas y de dar cuenta de los diferentes actores y factores que son determinantes para su valoración. En situaciones de violencia doméstica y para la valoración del riesgo es importante tener en cuenta, el contexto, el texto y los actores, integrando el componente dinámico y su historicidad.

Es muy importante tener en cuenta que en situaciones de violencia doméstica, las personas del entorno afectivo y grupo de convivencia son víctimas y se encuentran potencialmente en riesgo; no sólo es afectada/o quien sufre “directamente” la violencia.

La violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes (MNNA) tiene en común:⁴

- Quienes ejercen violencia suelen tener una relación íntima con las víctimas.

4 “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres”. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas”. Diciembre 2014.

- La aceptación social de la misma.
- Barreras en la búsqueda de ayuda.
- Falta de sanciones penales y débil aplicación de protección legal.
- La violencia hacia MNNA tiene consecuencias intergeneracionales.

Hablamos de riesgo cuando “(...) la persona está en riesgo de vida, en primer lugar y/o cuando está en riesgo la salud física y mental (la propia o de alguien del entorno inmediato). La valoración del riesgo es lo que permite definir las prioridades de la intervención y por ende los procedimientos a seguir, tanto en la interna de la institución que lo detecta como en la articulación con aquellos actores que tengan competencia en esa situación valorada.”⁵

El CNCLVD adopta una **definición operativa de las situaciones de riesgo** en violencia doméstica (VD) hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes (MNNA), que defina criterios consensuados de acción para:

- la protección de MNNA en situación de VD
- la asistencia específica de MNNA en situación de VD
- la prevención de nuevos episodios de VD hacia MNNA

¿Quién y cuándo hace la valoración de riesgo? La valoración podrá realizarla quien detecta una situación, por el relato de la MNNA, por la presencia de signos y síntomas o el relato de terceros. Debe considerarse esta valoración no como un momento aislado en el tiempo, sino como parte del proceso de atención a la situación. Mientras se realiza esta valoración también se está “interviniendo”.

5 Modelo de Atención SIPIAV. 2012.

La valoración de riesgo debe tener en cuenta:

- la presencia o ausencia de indicadores de riesgo
- el análisis de los antecedentes que han caracterizado la relación de pareja o la relación con la persona adulta en el caso de NNA
- la percepción y el relato de la MNNA
- las características de quien ejerce violencia

Se identifican:

Situaciones de violencia hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes que indican alto riesgo y requieren de acciones inmediatas, de manera articulada entre diferentes componentes del sistema de respuesta:

1. Violencia Sexual
2. Violencia Física que requiera asistencia de salud
3. Ideas y/o intentos de suicidio y/u homicidio
4. Incumplimiento de medidas de protección relativas al no acercamiento impuestas por la justicia competente
5. Riesgo de vida por acción u omisión en niños/as pequeños/as o con algún factor de vulnerabilidad como, por ejemplo discapacidad o enfermedad.

Protección en Infancia y adolescencia: siempre se debe tener en cuenta el interés superior del NNA y su palabra, en el marco de la autonomía progresiva. Cabe aclarar que la autonomía progresiva debe evitar exponer a los/as NNA a tomar decisiones que no están en condiciones de tomar, por su edad, por sus características, por el daño o el impacto producido por la situación traumática.

(b.1) Situaciones de riesgo hacia mujeres: situaciones con presencia de tres indicadores evidencia una situación de riesgo alto, que requieren de acciones inmediatas de manera articulada entre diferentes componentes del sistema de respuesta:

1. Amenazas graves y reiteradas de muerte o de ejercer violencia física. Cuando las amenazas son frecuentes; se realizan en situaciones de violencia física, quien las efectúa tiene acceso y conocimiento en el uso de armas propias o impropias y/o trabaja con ellas y/o la víctima considera que el agresor es capaz de matarla.
2. Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia. Los episodios violentos son cada vez más frecuentes y de mayor intensidad. Debe indagarse sobre la existencia de ataques previos, tentativas de homicidio (ahorcamientos, asfixia, sumergimiento, ataque con arma blanca, contundente o de fuego -aunque no haya sido disparada), lesiones, privación de libertad, dañar objetos pertenencias y/o herramientas personales de la víctima.
3. Acoso, control y amedrentamiento sistemático de la víctima. Existen conductas de hostigamiento, la sigue y/o la espera de forma sistemática; la llama de forma reiterada.
4. La víctima ha tenido que recibir atención de salud como consecuencia de las agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas anteriores. Antecedentes de denuncias de violencia doméstica: refiere a toda denuncia judicial, noticia policial o actuación policial y/o judicial, que se haya verificado en el pasado, iniciada por la actual denunciante, otras víctimas o terceras personas.
5. Antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o herramientas personales de la víctima.
6. Consumo abusivo o conflictivo de sustancias legales e ilegales: trastornos mentales y conductuales debidos al consumo de sustancias legales y/o ilegales que derivan en conductas violentas.
7. Trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos que producen comportamientos violentos

Factores a considerar en la valoración de situaciones de VD hacia mujeres:

Factores relativos a la mujer	Factores relativos a quien ejerce violencia
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de IAE (intento de autoeliminación). • Ideación suicida o ideas de dar muerte a otras personas (a quien ejerce violencia y/o a sus hijos/as) como única posibilidad de salida a su situación de violencia. • Estado de crisis emocional actual • (ansiedad y angustia evidente, alteraciones del sueño y alimentación). • Vivencia de indefensión (anestesia afectiva, embotamiento). • Cuadro depresivo grave diagnosticado sin tratamiento. • Abuso de psicofármacos (toma medicación por fuera de la indicada). • Enfermedades crónicas y/o discapacidades que generan dependencia. • La víctima ha tenido que recibir atención de salud como consecuencia de las agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas. • Consumo problemático de alcohol u otras drogas. • Vínculos afectivos con personas a cargo -o no- que inhabilita la posibilidad de cambio. • Pareja o ex pareja vinculada a instituciones que dan respuesta a la temática de la violencia basada en género. • Pareja o ex pareja con perfil público o con acceso a influencia o poder. • Grado de naturalización de la violencia. • Antecedentes de violencia en la familia de origen. • Antecedentes de abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de medidas cautelares. • Antecedentes penales de condena o proceso penal en curso por delitos contra la persona física. • Antecedentes de privación de libertad. • Oposición, resistencia u obstaculización al normal desarrollo del proceso y demás actuaciones. • Amenazas graves y reiteradas de muerte o de ejercer violencia física. • Acoso, control y amedrentamiento sistemático de la víctima directa o indirectamente (mensajes en redes sociales u otros medios electrónicos). • Antecedentes de denuncias de violencia doméstica. • Antecedentes de conductas delictivas o formar parte de redes delictivas. • Antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o herramientas personales de la víctima. • Consumo problemático de alcohol u otras drogas. • Consumo de sustancias que favorezcan la impulsividad o pérdida de control. • Trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos. • Comportamiento violento en varios contextos, no solo en el hogar. • Tenencia y/o acceso a armas de fuego. • Acceso a medios letales por uso cotidiano o familiarización con los mismos.

Factores relacionales	Contexto
<ul style="list-style-type: none"> • -Intentos de separación frustrados. • -Separación reciente y/o formación de nueva pareja por parte de la mujer. • -Aumento de control sobre las actividades y relaciones. • -Cronicidad de la situación (duración y frecuencia de los episodios). • -Aumento de la frecuencia, intensidad e impredecibilidad de la violencia. • -Amenazas de muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • -Fracaso en la búsqueda de ayuda • -Aislamiento y carencia de red social de apoyo. • -Pérdida de la vivienda y/o dificultades de acceso a la vivienda. • -Situación de calle. • -Pobreza y pobreza extrema. • -Pérdida del empleo o carencia de ingresos propios.

(b.2) **Situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes** que requieren el diseño de una **estrategia de intervención inmediata o a corto plazo** y una evaluación de riesgo permanente: *“Detección: implica la identificación de la situación de violencia hacia NNA. Puede producirse ante presencia de indicadores específicos, o frente a la evaluación de un conjunto de indicadores inespecíficos en determinado contexto. (Bentancor, 2013:21-28)”⁶.*

Son indicadores inespecíficos de violencia: señales físicas, conductuales o emocionales que pueden sugerir que NNA estén sufriendo una situación de violencia. Deben ser analizados en contexto y en equipo.

A título de ejemplo: angustia, irritabilidad, inhibición, alteraciones claras en el juego, o ausencia de juego en niñas y niños pequeños, trastornos del sueño y/o de la alimentación, quemaduras, accidentes domésticos, conductas sexualizadas no adecuadas para la edad, dificultades o bajo rendimiento escolar, o su contrario, exceso de horas de estudio en bibliotecas o muchas horas en el centro educativo, en niños/as mayores o adolescentes. (Sistema de Protección; SIPIAV 2016). Consumo abusivo de sustancias psicoactivas, robos, fugas, hetero o autoagresividad.

Se sugiere, referirse a los mapas de ruta de cada institución. Los

⁶ Sistema de Protección, SIPIAV 2016.

indicadores deben ser detectados por los y las operadores/as y la evaluación de los indicadores debe ser realizada por los profesionales competentes. Estas situaciones por su propia dinámica pueden evolucionar a un riesgo alto, por lo que deben ser monitoreadas.

Primeras acciones:

Puesta en conocimiento de la situación detectada a la autoridad competente: de acuerdo a cada mapa de ruta sectorial.

Escucha y contención: a NNA, evitando la reiteración del relato o sucesivas revisiones.

Identificación de adulto protector: es deseable poder incluir en la respuesta a la situación a algún adulto referente, si lo hubiere, capaz de acompañar a NNA en la salida de la situación de violencia.

Articulación: interconexión entre distintos servicios que supone el reconocimiento de las competencias y capacidades de cada uno y la interdependencia que tienen entre sí para el logro de un objetivo común.

Diseño e implementación de estrategia para la interrupción de la violencia: mediante el diálogo colaborativo, la negociación y la puesta en común de vínculos, informaciones, conocimientos, recursos necesarios, es preciso concertar líneas de acción a transitar por los servicios involucrados; supone la evaluación de lo actuado y eventualmente la adecuación/ reformulación de la estrategia.

(Sistema de Protección; SIPIAV 2016).

Valoración del riesgo:

N n a	Situación	Persona adulta agresora	Contexto
Edad Menor edad = Mayor riesgo)	Tipo de maltrato sufrido (Psicológico, Físico, Sexual, Patrimonial)	Incumplimiento de las medidas cautelares	Respuesta de los adultos/as protectores del entorno inmediato ante la situación de violencia
Discapacidad (crónicas o transitorias, físicas o mentales)	Entidad de las lesiones (físicas o emocionales)	Amenazas de represalia o de muerte	Inexistencia de personas adulta agresora protectores de referencia
Antecedentes comportamentales (conductas de riesgo hacia sí o terceros, abuso sustancias, IAE, etc)	Cronicidad de la situación.	Acceso o posesión de armas de fuego	Antecedentes de VD
Escasos recursos personales (intelectuales, afectivos, comunicación social, etc.)	Aumento de la intensidad, frecuencia e imprevisibilidad de la violencia	Abuso de alcohol u otras drogas	Antecedentes de hermanos internados por violencia
Estado de crisis emocional actual	Naturalización de los episodios de violencia	Trastornos psiquiátricos con pobre control de impulsos o graves patologías graves descompensadas	Denuncias anteriores por VD
	Intervenciones anteriores (actores que intervinieron y respuestas que se brindaron/ brindan)	Historia de malos tratos en la infancia	
		Comportamientos violentos en otros ámbitos con implicancias legales o no.	

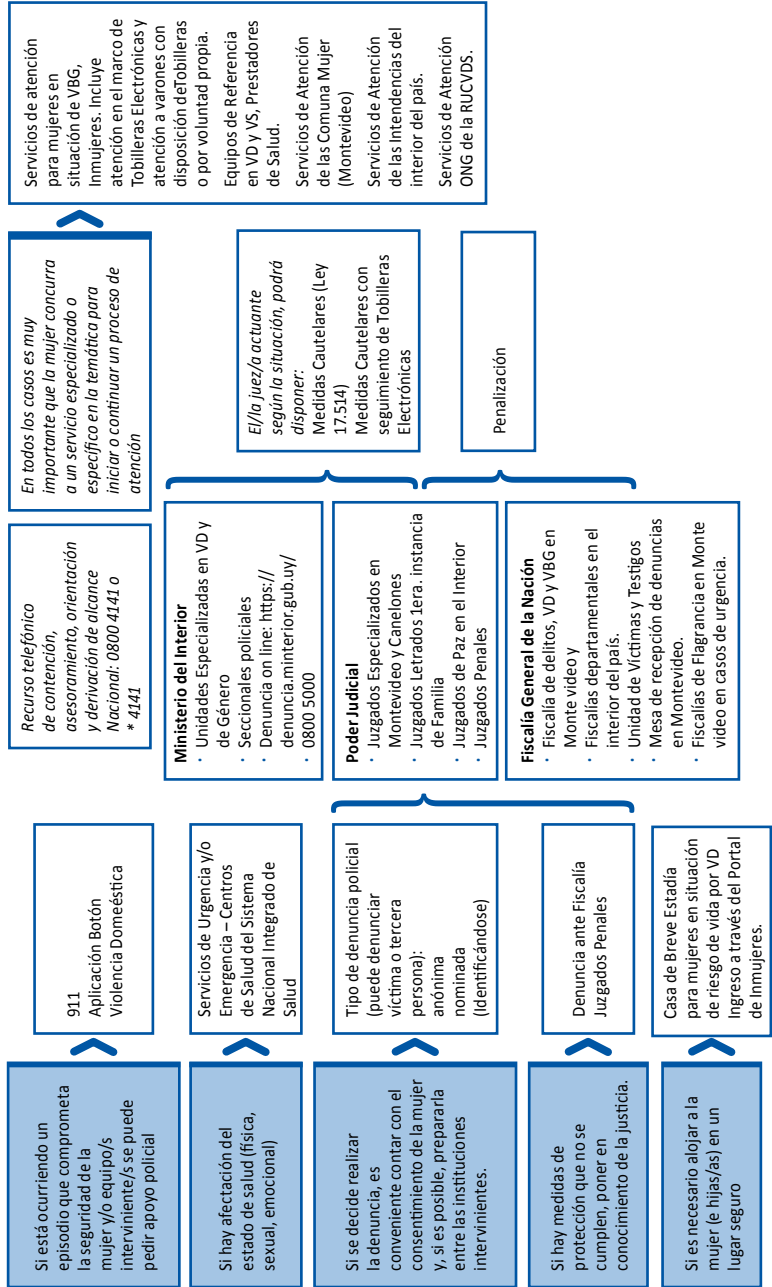
Situaciones de ALTO RIESGO por Violencia Doméstica hacia Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes

Diagrama General de orientaciones para operadores/as

Este diagrama busca complementar la nota conceptual “Situaciones de riesgo por VD hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes”, brindando orientaciones sobre los actores

institucionales que podrían intervenir en la construcción de una respuesta de protección. La estrategia y el orden de intervención dependerá de cada situación, del diagnóstico efectuado y de los recursos del territorio.

ALTO RIEGO POR VIOLENCIA DOMESTICA HACIA MUJERES



PAUTA DE ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

Toda persona que haya sufrido violencia sexual deberá ser atendida según la siguiente pauta de recepción y tratamiento dentro de las primeras 72 horas.

La violación es una forma grave de Violencia Sexual. Su atención inmediata es obligatoria, los servicios de salud deben asumir la responsabilidad de la atención, basada en tres pilares: contención y apoyo emocional, prevención de embarazo no deseado y profilaxis de ITS- VIH /Sida. Se debe dar una respuesta sensible, cálida, y solidaria que facilite a la persona hablar de lo sucedido, en un ambiente de respeto, comprensión, privacidad y confidencialidad. En todos los casos se debe coordinar consulta de seguimiento con Salud Mental y/o con Equipo de Referencia en Violencia y/o con Espacio Adolescente. La denuncia debe ser efectuada directamente por la persona, siempre que se trate de un adulto y que su estado de salud lo permita. En caso contrario será responsabilidad de la Institución.

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^a -6 ^a sem.	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo**	✓	✓	
Screening ITS (chlamydia, gonococo)	Opcional si está disponible		

** Adolescente con Tanner ≥ 3

Prevención de Embarazo. Pastillas anticonceptivas de Emergencia.



Levonogestrel 1500 mcg en una sola toma

La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hrs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo.

Debido a la brevedad de uso no existen condiciones médicas que impliquen contraindicación. Pueden ser utilizadas aun por las mujeres con contraindicación para el uso de anticonceptivos orales de uso continuo.

Profilaxis / Verificar esquema de vacunación vigente.

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad.

HPV: SI NO LA RECIBIÓ administrar a partir de los 9 años a todas las personas hasta los 26 años inclusive. Si ya fue recibida no se debe re vacunar

Ambas vacunas pueden ser administradas en cualquier vacunatorio público o privado de forma gratuita. Se deberá presentar una receta médica con la indicación sin el motivo de la misma.

Tratamiento		Consideraciones
< 45 Kg	≥ 45 Kg	
Ceftriaxona 125 mg i/m, 1 dosis + Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o, 1 dosis + Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Ceftriaxona 1 g i/m, 1 dosis + Azitromicina 1g v/o, 1 dosis + Metronidazol 2 g v/o, 1 dosis	Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas
Zidovudina + Lamivudina+ Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Tenofovir/emtricitabina 1/día (o tenofovir 1 día + lamivudina 1 c/12hs) + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs (o raltegravir 1 c/12hs) Durante 1 mes	Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas Si la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación

* Dosis: Zidovudina: 4 < 9 kg :12 mg/kg cada 12 hs.; 9 <30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs.; ≥30 kg: 300 mg cada 12 hs

Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.

Lopinavir/Ritonavir.: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs. ; ≥15 - 45 kg: 11 mg por Kg cada 12 hs. (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)

Estar embarazada no implica cambios al procedimiento, los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral se realizan de la misma forma expuesta. La pauta de toma de muestras y profilaxis de ITS es la misma independientemente del sexo e identidad de género.

***Dirección General de la Salud
Área Programática para la Atención en Salud Mental***

Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el sistema nacional integrado de salud

El presente documento tiene el propósito de brindar pautas para los prestadores integrales de salud para la atención y seguimiento de las personas con Intento de Auto Eliminación (IAE).

Se podrá incluir en este protocolo a las personas que a juicio del clínico interviniente presenten alto riesgo suicida (para su valoración se recomienda utilizar “la Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage: Guía para profesionales”, MSP, 2014).

Objetivos

- Asegurar la accesibilidad a la atención en salud mental de las personas con IAE.
- Asegurar la continuidad asistencial de las personas con IAE.

Definición

Intento de Autoeliminación: todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.

Procedimiento

1. Servicio de salud interviniente en primera instancia

1.1. Se realizará una evaluación integral a todos los usuarios que consulten por IAE, jerarquizando la valoración del riesgo vital e incluyendo la evaluación del riesgo suicida inmediato. (Ver Anexo 3.1)

1.2. El médico indicará la intervención que el usuario requiera.

1.3. Una vez que el usuario esté estabilizado desde el punto de vista médico-quirúrgico, deberá ser evaluado por psiquiatra, quien determinará la conducta a seguir.

De no contar con psiquiatra, la evaluación la realizará otro profesional de la salud, quien deberá propender a mantener una interconsulta con psiquiatra.

Si existieran dudas acerca del nivel de riesgo y de la intervención necesaria, se sugiere que la persona permanezca en observación hasta la realización de una nueva evaluación.

Los usuarios menores de 15 años deberán permanecer en observación por un lapso suficiente para ser evaluados por un integrante del equipo especializado en salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes. La internación se realizará en hospitales y sanatorios generales, salvo excepciones debidamente justificadas.

1.4. Una vez de alta o determinado que el usuario no requiere hospitalización, se derivará a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

El prestador deberá brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencia.

En caso de existir un referente (familiares, cuidadores, amigos, u otra persona que el usuario considere importante), se deberá incluir en la planificación del tratamiento, con el consentimiento del usuario. En los adolescentes se procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el CNA (Ley 17823).

1.5. Además de la Historia Clínica, se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO-IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

2. Consulta ambulatoria con equipo de Salud Mental

Se requerirá una agenda prioritaria para las personas con IAE, ya que se deberá coordinar la primera consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

2.1. Se elaborará un plan de tratamiento individualizado que deberá contar con el consentimiento del usuario, e incluirá un referente, salvo situaciones particulares que deberán registrarse en la Historia Clínica.

En caso de inasistencia a la consulta, un miembro del equipo deberá llamar al usuario y/o al referente. La visita domiciliaria será considerada como herramienta privilegiada en estos casos, a efectos de dar seguimiento a la situación de dicho usuario.

El plan de tratamiento deberá ser integral incorporando los distintos niveles de atención y promover la articulación interinstitucional cuando sea pertinente.

2.2. En adolescentes y jóvenes se deberá promover la coordinación entre el Espacio Adolescente y el equipo de Salud Mental institucional. Para los adolescentes de 10 a 19 años, se deberá coordinar en el curso de la primera semana con el Espacio Adolescente, con criterios de accesibilidad, habilitando la continuidad de la atención hasta los 24 años con el equipo de salud tratante, cuando así lo requiera la situación concreta.

2.3. Luego de la primera consulta con el equipo de Salud Mental se deberá completar el FRO-IAE, según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

3. Seguimiento

3.1. Una vez iniciada la atención por IAE en los Servicios de Salud Mental, se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de seis (6) meses, por parte del Prestador de Salud.

3.2. La institución deberá ser la responsable de la gestión de las personas con IAE a través de los mecanismos que estime pertinente, asegurando:



- El registro de las personas con IAE.
- La accesibilidad a las consultas estipuladas en el plan de tratamiento.
- Que se contacte al usuario y/o al referente, en caso de inasistencia a las consultas (la visita domiciliaria será una herramienta privilegiada en estos casos).
- Que se complete el FRO-IAE.

3.3. Todas las personas que hayan realizado un IAE tienen derecho a ser asistidas por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS

(2011) establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas.

Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas.

Anexo 3.1



Valoración del Riesgo Suicida:
5 pasos para
Evaluación y Triage
Guía para profesionales

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
División de Programación en Salud
Programa Nacional de Salud Mental

1 - Factores de Riesgo

- **Comportamientos suicida:** historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento auto lesivo
- **Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos:** especialmente *Trastornos del Humor, Trastornos Psicóticos, Abuso de alcohol/sustancias, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Traumatismo intracraneal, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad).* La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo. La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.
- **Síntomas clave:** anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio
- **Antecedentes Familiares:** de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Valoración del Riesgo Suicida: pasos para Evaluación y Triage

- 1-Identifique Factores de Riesgo**
Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo
- 2-Identifique Factores Protectores**
Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo
- 3-Indague conductas suicida**
Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos
- 4-Determine el Nivel de Riesgo/Intervención**
Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo
- 5-Registre**
Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento



La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsecuente, el aumento de la ideación, o cualquier cambio clínico que lo amerite. Para pacientes internados: antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previa alta

Factores precipitantes/estresores/vínculos:

- eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos, o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso (especialmente trastornos del SNC, dolor). Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.
- **Cambios en el Tratamiento:** alta de hospital psiquiátrico. Cambio en el proveedor de la atención.
 - **Acceso a armas de fuego** u otros métodos potencialmente letales
- ### 2 - Factores Protectores
- Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo*
- **Internos:** capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones
 - **Externos:** responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social

3 - Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

- **Ideación:** frecuencia, intensidad, duración: en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento
- **Plan:** momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios
- **Comportamientos:** intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas
- **Intencionalidad:** grado en que el paciente: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método: letalidad versus daño. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.
- **En jóvenes:** preguntar a los padres/cuidadores sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición.
- **Indagar ideas homicidas:** cuando esté indicado, especialmente en trastornos del carácter u hombres paranoides lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

5 - Registro

- **Registrar:** nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual (p.e. lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta); instrucciones respecto a armas de fuego, de ser necesario. Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

Recursos de interés

Los usuarios tienen el derecho de recibir atención integral en salud mental por parte de su prestador de salud.

Último Recurso: Líneas de crisis:
*VIVE (8483) gratis para Antel y Movistar
095738483 las 24 horas ó 0800 (VIVE) 8483
de 19 a 23 horas

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental
Av 18 de Julio 1892, Montevideo.
Contacto: saludmental@misp.gub.uy

Puede encontrar esta guía y otros materiales en:
www.misp.gub.uy y en:
<http://eva.universidad.edu.uy/mod/forum/discuss.php?id=81511&lang=es>

Esta guía ha sido traducida y adaptada de "Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage" (SAFE-T), basado en el trabajo de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), a cargo del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, Uruguay

www.misp.gub.uy

4 - Nivel de Riesgo/Intervención

- La Evaluación del Nivel de Riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3
- Re valoración, en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos Psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; factores protectores no relevantes	Intento de suicidio potencialmente letal, o ideación persistente, con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada, salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria, dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte, sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

(Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas)

Anexo 3.2

Extracto del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental del SNIS (Decreto N° 305/ 011) para personas con intento de autoeliminación (IAE) y sus familiares

MODO 1

Una de las poblaciones objetivo son los usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.

La atención es grupal, con carácter gratuito y con una cobertura de hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

MODO 2

En este modo, una de las poblaciones objetivo son los usuarios con intento de autoeliminación (IAE)

En el caso de adultos, la atención en este Modo podrá ser individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales y con un copago preestablecido.

En niños y adolescentes, la atención en este Modo podrá ser individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales y con un copago preestablecido.

Mecanismos de Acceso

Se accede a la entrevista con el comité de recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario
- Por derivación del Equipo de Salud
- Derivación de los coordinadores de grupo del modo 1

Anexo 4

Precauciones con respecto a la prescripción de benzodiazepinas

No prescriba benzodiazepinas ni antidepresivos para tratar cuadros agudos de estrés emocional.

En casos excepcionales, cuando las intervenciones psicoterapéuticas no son factibles en adultos (p. ej., las técnicas de relajación) en quienes el insomnio está afectando gravemente el desempeño de las actividades cotidianas, puede considerarse un tratamiento corto (de tres a siete días) con benzodiazepinas (p. ej., diazepam en una dosis de 2-5 mg al día; o lorazepam, 0,5-2 mg al día). En estos casos deben tenerse en cuenta las siguientes precauciones:

- En algunas personas, el consumo de benzodiazepinas puede llevar rápidamente a la dependencia. Las benzodiazepinas se prescriben muchas veces en exceso.
- Las benzodiazepinas deben recetarse para tratar el insomnio únicamente en casos excepcionales y en cursos muy cortos.
- No deben administrarse benzodiazepinas durante el embarazo ni la lactancia materna.
- En caso de que haya algún trastorno concurrente, antes de recetar una benzodiazepina estudie la posibilidad de que se puedan producir interacciones medicamento/enfermedad (entre la benzodiazepina y dichos trastornos), o interacciones medicamentosas (entre la benzodiazepina y otros medicamentos que la persona esté recibiendo).

Anexo 5

La violencia de pareja y la salud sexual y reproductiva: ¿Cómo pueden ayudar los equipos de Salud Sexual y Reproductiva?

Tomado de: OMS/OPS, ONU Mujeres, UNFPA. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Ginebra, OMS, 2014. WHO / RHR / 14.26.

La violencia de pareja con frecuencia interfiere con el bienestar y la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres. En las mujeres que sufren violencia de pareja es doblemente probable el embarazo no intencional, la negación por parte de la pareja masculina a usar métodos anticonceptivos y se triplican las probabilidades del embarazo en la adolescencia en comparación con aquellas mujeres que no sufren violencia de pareja.^{1,2} La mayoría de los motivos de consulta en los servicios de salud sexual y reproductiva pueden verse agravados si la usuaria está sufriendo violencia de pareja o violencia sexual.

-
- 1 Silverman JG, Raj A (2014) Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. *PLoS Med* 11(9): e1001723. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001723>
 - 2 Chamberlain L. and Levenson R. (2012). *Addressing Intimate Partner Violence, Reproductive and Sexual Coercion. A guide for Obstetrics, Gynecologic and Reproductive Health Care Settings. Second Edition.* San Francisco: Futures Without Violence.

¿Qué es la coerción reproductiva?

Se denomina “coerción reproductiva” a los comportamientos ejercidos para interferir con el uso de los anticonceptivos y/o con el embarazo. Estos comportamientos pueden provenir de alguien que estaba, está o desea estar en una relación de pareja o salir con una persona. Dichos comportamientos pueden incluir:

- intentar que una mujer quede embarazada en contra de su voluntad;
- ejercer control sobre el curso del embarazo: presionar para que se continúe o se interrumpa el embarazo;
- coaccionar a la pareja para tener relaciones sexuales sin protección;
- interferir con el uso de los métodos anticonceptivos.

Las mujeres que buscan anticoncepción de emergencia o servicios de aborto pueden tener más probabilidad de estar experimentando violencia de pareja que las demás mujeres que acuden a la consulta. Esté especialmente alerta en estos casos para reconocer cualquier indicio de violencia.

Si una mujer le da a conocer que está viviendo una situación de violencia, o si sospecha que ella lo está, usted puede ayudarla. En general, siga los pasos de ANIMA (ver páginas 40 a 64 del manual clínico) para brindar atención y apoyo de primera línea.

Usted puede sospechar que una mujer que acude a su consulta en un servicio de salud sexual y reproductiva puede estar sufriendo violencia. En tal caso, hay varias señales que pueden sugerir que ella está sufriendo violencia de pareja, algunas de ellas son:

- Rehusarse a usar métodos anticonceptivo específicos o insistir en usar uno en particular
- Rehusarse a recibir asesoría sobre anticoncepción
- Historia de varios embarazos/o varias solicitudes de interrupción voluntaria de embarazos
- Insistir en revertir la ligadura de trompas

Para explorar si una mujer que acude a su consulta está viviendo una situación de violencia de pareja y para apoyarla para que la revele, usted puede formular preguntas específicas para cada situación, como las que se sugieren a continuación:

Situación	Preguntas ilustrativas
Rehusarse a usar un método anticonceptivo específico o insistir en usar uno en particular	Los métodos anticonceptivos son ampliamente usados y han mostrado ser beneficiosos para la salud de las mujeres y de sus hijos. ¿Hay algún problema en su casa que la lleve a rechazar este método? ¿Hay alguien que le insista en utilizar este método en particular?
Rehusarse a recibir asesoría sobre anticoncepción	Nosotros ofrecemos rutinariamente asesoría sobre anticoncepción a todas las mujeres, ya que esta tiene beneficios para la salud de ellas y de sus hijos. ¿Hay algún problema o alguna preocupación que le impidan acceder a esta consejería?

Situación	Preguntas ilustrativas
Insistir en hacerse la ligadura de trompas o en revertirla.	Si bien la ligadura de trompas es un método anticonceptivo que se ofrece de rutina, ¿hay alguna razón particular por la cual usted insista en hacerse este procedimiento? ¿Hay algún problema en su casa que la haya llevado a tomar esta decisión? ¿Hay alguien en su casa insistiéndole que se haga la ligadura? ¿Hay alguien que le insista en revertir o deshacer la ligadura?
Mostrarse ansiosa o deprimida	Usted parece estar muy triste y eso me preocupa. ¿Hay algo que pueda hacer para ayudarla?
Revelar que sufre de insomnio o de ansiedad	Todos necesitamos dormir bien para tener una vida saludable. ¿Hay alguna razón particular para que usted se encuentre así? ¿Hay algo o alguien en su casa que la esté preocupando?

En particular, explore asuntos relacionados con la violencia cuando esté brindando asesoría sobre la elección de un método anticonceptivo. Sus habilidades como parte del equipo de salud sexual y reproductiva pueden ayudar a la mujer de manera especial a lidiar con este aspecto de su situación.

Para explorar cómo la violencia afecta la vida sexual y reproductiva de la mujer, usted puede formular estas cuatro preguntas:

- ¿su pareja alguna vez le dijo que no utilizara un método anticonceptivo, le impidió obtener un método anticonceptivo, o le escondió o le quitó sus anticonceptivos?

- ¿alguna vez su pareja trató de forzarla o presionarla para que usted quedara embarazada?
- ¿su pareja alguna vez se negó a usar un condón?
- ¿su pareja alguna vez la obligó o la presionó para tener relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo buscando que usted quedara embarazada?

Dialogue con la mujer sobre sus respuestas y sobre las mejores decisiones que ella podría tomar en estas circunstancias.

Si la mujer quiere un método anticonceptivo con el cual su pareja no pueda interferir fácilmente, en Uruguay se encuentran los siguientes disponibles:

Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal (con levonorgestrel-LNG) o de cobre. El dispositivo permanece en el útero y no puede ser visto. Los DIU de cobre se asocian a un aumento del sangrado menstrual, en tanto que los DIU hormonales pueden hacer que los periodos sean más leves o se detengan. Es el método más recomendable frente a la coerción reproductiva, si bien existe baja probabilidad de que la pareja pueda detectar los hilos durante las relaciones sexuales. Se sugiere el primer control luego de 3 a 6 semanas de la colocación y luego si es que surge alguna complicación vinculada a su uso³.

Implante. Una vez insertados bajo la piel, los implantes funcionan por varios años. Sin embargo, a veces pueden verse y sentirse debajo de la piel. Los implantes cambian los patrones de sangrado menstrual en muchas ocasiones. Esto puede incluir ausencia de sangrado, manchado intermitente o frecuente y, rara vez, aumento de la cantidad o de la duración del sangrado. Usualmente, los implantes no requieren visitas de seguimiento frecuentes. En Uruguay están disponibles implantes subcutáneos de Levonorgestrel.

3 Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes. MSP 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guias%20SSySR%20Metodos%20Anticonceptivos%20temporales%20y%20permanentes%202013.pdf

Es muy importante valorar el riesgo de ITS antes de colocar un DIU⁴. Las mujeres que sufren violencia de pareja están expuestas a un riesgo mayor de ITS y de infección por el VIH. Por lo tanto, los integrantes de los equipos de salud, deben tomar en cuenta la prevalencia y el riesgo individual de ITS y de infección por el VIH para asesorar juiciosamente si el DIU debe colocarse o continuarse

Es muy importante clarificar que los métodos anticonceptivos mencionados anteriormente **NO protegen contra las ITS ni la infección por el VIH**. Bríndele información a la mujer y ofrézcale derivación a los servicios disponibles de apoyo para el empoderamiento de las mujeres y para la adquisición de habilidades de negociación del uso del condón y de prácticas sexuales seguras.

4 El DIU no puede ser iniciado en una mujer que curse con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis purulenta ni infección por Clamidia, las cuales son condiciones que representan un “riesgo inaceptable para la salud” cuando se asocian a la iniciación del DIU (Categoría 4 de los criterios médicos de elegibilidad [CME] de la OMS, 2015). Sin embargo, si la mujer ya tiene colocado el DIU, puede continuar usándolo bajo tratamiento apropiado y seguimiento frecuente de carácter mandatorio. Con relación a las mujeres que presentan alto riesgo de infección por el VIH e infección por el VIH asintomática o leve, la OMS sugiere que las ventajas del uso de el DIU sobrepasan los riesgos comprobados o teóricos de su uso (CME 2). Para las mujeres con enfermedad causada por el VIH clínicamente severa o avanzada (Sida en estadios 3 y 4), el DIU no debe ser iniciado (CME 3). (Para más información véase: Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (2015).

DOBLE PROTECCIÓN

Quando existe riesgo de ITS y de infección por el VIH es muy importante que el proveedor de servicios de salud brinde a todas las personas con riesgo significativo información sobre prácticas sexuales seguras para prevenir la transmisión y que recomiende insistentemente la doble protección, ya sea por medio del uso simultáneo del condón y otro método anticonceptivo, o solamente por medio del uso correcto y consistente del condón para la prevención tanto del embarazo, como de las ITS, incluyendo la infección por el VIH. La importancia del uso correcto del condón para la prevención de las ITS/VIH debe ser siempre reiterada a todos los hombres y mujeres que acuden para asesoría sobre anticoncepción, y por ende, el uso del condón debe ser promovido y facilitado todas las veces que sea apropiado. Cuando son usados de manera correcta y consistente, los condones constituyen uno de los métodos más efectivos de protección contra las ITS y la infección por el VIH. Los condones femeninos son efectivos y seguros. Sin embargo, requieren orientación de uso y la familiarización con los mismos por parte de la mujer, en pos de un uso correcto y sistemático.

Anticoncepción de emergencia

(véase capítulo 3, página 90 del manual clínico)

- **Píldoras anticonceptivas de emergencia.** Las píldoras más comúnmente usadas para anticoncepción de emergencia están compuestas solamente por levonorgestrel o por combinaciones de estrógenos y progestágenos. Todas las píldoras nombradas ayudan a prevenir el embarazo si se administran dentro de los primeros 5 días posteriores a la relación sexual sin protección, si bien su eficacia anticonceptiva se reduce con el tiempo, por lo que se recomienda su uso lo más pronto posible luego de la relación sexual no protegida. Clarifique a la mujer que la anticoncepción de emergencia no está diseñada para ser usada como método anticonceptivo regular, y que no protege contra las ITS ni la infección por el VIH. Explique que la dosis actual no la protege de un embarazo en caso de nuevas relaciones sexuales sin protección. Si usted tiene algunas píldoras disponibles, dele algunas a la mujer para que las lleve a su casa de una vez. Si no, infórmele dónde puede obtenerlas y cómo usarlas correctamente, y confirme que ella ha entendido apropiadamente toda la información (ver páginas 57 a 60 del manual clínico).

Interrupción voluntaria del embarazo

1. Una de conductas principales en la coerción reproductiva son las presiones – amenazas de violencia o violencia – para continuar o interrumpir un embarazo. Esto incluye, para el caso de los servicios de salud sexual y reproductiva, impedir el acceso a los mismos o forzar a acudir a los mismos a una mujer que quiere continuar con su embarazo.
2. Uruguay ya tiene lineamientos en la materia y las distintas instancias de IVE abordan el tema de la violencia de pareja y la violencia sexual⁵.

⁵ Ver guías nacionales en: <http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/gu%C3%ADas-y-orientaciones-nacionales>

Puede solicitar más información a:
Ministerio de Salud Pública
Área de Violencia Basada en Género y Generaciones
Avenida 18 de Julio 1892 Montevideo 11200. Uruguay
violenciadegenero@msp.gub.uy

