



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

RESUMEN

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





**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Organización Panamericana de la Salud.

Resumen: 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. Washington, DC : OPS, 2014.

WHO/RHR/13.10

1. Violencia contra la Mujer. 2. Género y Salud. 3. Violencia Sexual. 4. Violación. 5. Acoso Sexual. I. Título.

II. Organización Mundial de la Salud.

Clasificación NLM: WA309

© Organización Mundial de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Comunicación de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Departamento de Familia, Género y Curso de Vida podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

RESUMEN

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

Introducción

La violencia contra la mujer es un problema importante de salud pública y de derechos humanos; la violencia de pareja y la violencia sexual son formas sumamente generalizadas de violencia contra la mujer. Algunas investigaciones, que comenzaron en América del Norte y Europa y luego se han ido ampliando a otras regiones, han mostrado que existe una prevalencia elevada de violencia contra la mujer a nivel mundial, con resultados perjudiciales para la salud física y mental en el corto y largo plazos (1-4).

A pesar de que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un tema fundamental para la salud pública y la atención clínica, muchas naciones aún no la han incluido en sus políticas de salud. En muchos programas y políticas nacionales de salud de diversos países, en general no se entiende ni se reconoce el papel decisivo que pueden desempeñar tanto el sistema de salud como los proveedores de servicios de salud en cuanto a la identificación, la evaluación, el tratamiento y la intervención en casos de crisis, así como en el registro, la derivación y el seguimiento de los casos.

Las mujeres que han sufrido violencia a menudo buscan ser atendidas en los servicios de salud, incluso a causa de las lesiones sufridas, aunque es probable que al acudir a dichos servicios no revelen el abuso ni la violencia. Por otra parte, es probable que el proveedor de servicios de salud sea el primer profesional al que recurran las mujeres que sobreviven a actos de violencia o agresión sexual infligidos por un compañero íntimo. Las mujeres han indicado que estos proveedores de servicios de salud son los profesionales en quienes más confiarían para revelar situaciones de abuso (5).

Los profesionales de la salud pueden brindar atención a las mujeres que revelen su situación, ofrecerles apoyo y derivación a otros servicios, recoger pruebas forenses —en particular en los casos de violencia sexual— o prestar los servicios médicos y el seguimiento apropiados.

Los proveedores de servicios de salud que entran en contacto con mujeres que han sufrido actos de violencia deben estar capacitados para identificar los signos propios de estas situaciones y responder de manera adecuada y segura. Las personas expuestas a la violencia requieren servicios de salud integrales y sensibles a las cuestiones de género, que aborden las consecuencias de la violencia tanto para la salud física como mental y que las ayuden a recuperarse. Las mujeres también pueden requerir servicios de intervención en casos de crisis para prevenir mayor daño. Además de prestar servicios médicos inmediatos, el sector de la salud puede convertirse en un medio de acceso decisivo para brindar asistencia mediante la

derivación a servicios específicos sobre violencia contra la mujer u otras formas de ayuda que las mujeres puedan necesitar posteriormente, como la seguridad social y la asistencia jurídica. De cualquier manera, se necesita como mínimo, una respuesta de apoyo de primera línea, como se indica en la primera recomendación que figura más adelante.

La violencia contra la mujer también constituye una violación de los derechos humanos. Por ende, es necesario revisar las leyes y las políticas vigentes, a fin de garantizar que no discriminen a las mujeres y, por otro lado, que sancionen adecuadamente los actos de violencia, incluidos los que ocurren en el hogar. Por otra parte, los servicios deben procurar que se garantice el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respete su dignidad, se garantice su confidencialidad, y se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas.^a

En el presente documento se resume la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2013 titulada *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*,^b elaborada por un grupo internacional de expertos que realizaron un análisis minucioso de la evidencia científica. Contiene recomendaciones basadas en pruebas científicas a fin de introducir en los servicios y programas de salud, políticas encaminadas a mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia contra la mujer. En la publicación original, cada recomendación se clasifica como “fuerte” o “condicional”, según sea la posibilidad de generalizar los beneficios a las diferentes comunidades y culturas, las necesidades y preferencias de las mujeres en lo concerniente al acceso a los servicios, y según el nivel de recursos humanos y de otra índole que se requerirían. Debajo de algunas de las recomendaciones figuran aclaraciones adicionales en forma de observaciones.

Se entiende que estas recomendaciones deberán adaptarse a las circunstancias locales o nacionales específicas, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos, así como las normas y procedimientos nacionales.

¿A quiénes se dirigen estas recomendaciones?

Estas recomendaciones están destinadas a los proveedores de servicios de salud, dada la posición especial que ocupan para abordar las necesidades psicosociales y de salud de las mujeres que han sufrido violencia. Tienen por objeto concientizar acerca de la violencia contra la mujer a los proveedores de servicios de salud y a las instancias normativas encargadas de planificar, financiar e implantar servicios de salud y capacitación profesional, al igual que alentar una respuesta del sector de la salud sustentada en pruebas científicas y fortalecer la capacidad de los proveedores de servicios de salud y de otros integrantes de los equipos multidisciplinares. Asimismo, estas recomendaciones pueden resultar de utilidad para los encargados de elaborar los programas de estudios sobre medicina, enfermería y salud pública.

^a Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), RECOMENDACIÓN GENERAL N° 24, párrafo 22. Véase el documento completo en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.

^b *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2013. Véase el documento completo en <http://www.paho.org/violence>.

1. Atención de primera línea centrada en las mujeres

Recomendación 1

Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que revelen haber sufrido agresión sexual por parte de algún perpetrador o bien alguna otra forma de violencia por parte de un compañero íntimo u otro miembro de la familia. Como mínimo, los proveedores de servicios de salud deben ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen actos de violencia.

Esto incluye:

- mantener una actitud libre de prejuicios que apoye y valide lo que la mujer esté expresando;
- prestar atención y apoyo práctico en respuesta a las inquietudes de la mujer, aunque sin entrometerse;
- indagar acerca de los antecedentes de la violencia y escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable (se requiere cierta prudencia al abordar temas delicados en presencia de intérpretes);
- proporcionar a la mujer información acerca de los distintos recursos, incluidos los servicios legales y de cualquier otro tipo que ella pudiera considerar de utilidad;
- ayudar a la mujer a aumentar su seguridad y la de sus hijos, de ser necesario;
- brindar o promover el apoyo social necesario.

Por otra parte, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- la consulta debe realizarse en privado, y
- debe preservarse la confidencialidad; no obstante, se debe informar a la mujer los límites de esa confidencialidad, por ejemplo en aquellos casos en que la notificación sea obligatoria.

Observaciones

- a) Toda intervención debe obedecer al principio rector de no causar daño, teniendo cuidado, al mismo tiempo, de preservar el equilibrio entre las ventajas y los inconvenientes, y anteponiendo ante todo la seguridad de la mujer y de sus hijos.
- b) La privacidad y confidencialidad de la consulta deben ser prioritarias, lo que incluye examinar con las mujeres la documentación pertinente en el expediente médico y los límites de la confidencialidad. Por consiguiente, la capacidad de comunicación es esencial.
- c) Los proveedores de servicios de salud deben abordar las distintas opciones y respaldar a las mujeres en la adopción de sus decisiones. La relación debe ser de apoyo y colaboración, y se debe respetar la autonomía de la mujer. Los proveedores de servicios de salud deben colaborar con las mujeres, presentándoles distintas opciones y posibilidades y suministrándoles información con miras a elaborar un plan eficaz y fijar metas realistas; no obstante, siempre debe ser la mujer quien adopte las decisiones.

- d) En algunos ámbitos, por ejemplo en los servicios de atención de urgencias, debe hacerse lo máximo posible durante el primer contacto en caso de que la mujer no regrese. Deben ofrecerse seguimiento al apoyo prestado y negociar medios seguros y accesibles para la consulta de seguimiento.
- e) Es necesario que los proveedores de servicios de salud comprendan a cabalidad que la violencia contra la mujer se sustenta en cuestiones de género, así como la dimensión de derechos humanos del problema.
- f) Las mujeres con discapacidad física o mental corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual y de pareja. Los proveedores de servicios de salud deben prestar especial atención a sus necesidades múltiples. Las embarazadas también pueden tener necesidades especiales (véase la recomendación 8).

2. Identificación y atención de las sobrevivientes de violencia de pareja

2.1 Identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja

Recuadro 1	Requisitos mínimos para formular preguntas sobre violencia de pareja ejercida contra la mujer
	<ul style="list-style-type: none">✓ Un protocolo o procedimiento normalizado de trabajo✓ Capacitación sobre la manera de preguntar, la respuesta de primera línea, o más✓ Privacidad del entorno✓ Confidencialidad✓ Un sistema de derivación implantado

En los ámbitos de salud es importante identificar de manera segura y eficaz a las mujeres que sufren violencia de pareja (o doméstica). Sin embargo, los estudios han revelado que los métodos de detección (que consisten en formular preguntas a todas las mujeres que solicitan atención médica) permiten aumentar la identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja, pero no reducen esa violencia ni han demostrado tener beneficios notables para la salud de la mujer. Por ende, se hace la recomendación que figura a continuación.

Recomendación 2

No se debe aplicar el método de detección universal o de indagación sistemática (consistente en formular preguntas a las mujeres en todos los encuentros de atención de salud).

Observaciones

- Hay pruebas fehacientes de una asociación entre la violencia de pareja y la presencia de trastornos de salud mental en las mujeres. Como parte de la buena práctica clínica, se puede preguntar acerca de la violencia de pareja a las mujeres con síntomas o trastornos de salud mental, en particular porque este tema puede afectar el tratamiento y la atención que reciban.
- La violencia de pareja puede afectar la revelación de seropositividad al VIH, o bien poner en peligro la seguridad de la mujer que la revele, y menoscabar su capacidad para aplicar estrategias de reducción de riesgos. Podría considerarse la posibilidad de preguntar a las mujeres acerca de violencia de pareja en el contexto del asesoramiento y las pruebas de detección del VIH, aunque se necesitan más investigaciones a fin de evaluar este aspecto.
- La atención prenatal ofrece la oportunidad de indagar sistemáticamente acerca de la posibilidad de que exista violencia de pareja, debido a la doble vulnerabilidad del embarazo. Algunos datos limitados procedentes de entornos de ingresos altos sugieren que las intervenciones de promoción y empoderamiento (por ejemplo, en múltiples sesiones de orientación estructurada), tras la identificación de estos casos mediante preguntas sistemáticas durante las consultas prenatales, pueden dar mejores resultados

para la salud de la mujer y ofrecen la posibilidad de seguimiento durante la atención prenatal. Sin embargo, hay requisitos previos para hacer esto (recuadro 1).

Recomendación 3

Los proveedores de servicios de salud deben preguntar acerca de la posibilidad de exposición a la violencia de pareja al evaluar en la mujer afecciones que pudieran haber sido causadas por violencia de pareja o que pudieran haberse complicado por esta razón (véanse en el recuadro 2 ejemplos de afecciones clínicas asociadas), a fin de mejorar el diagnóstico, la identificación y la posterior atención (véase la recomendación 30).

Observaciones

- a) Una condición mínima para que los proveedores de servicios de salud puedan preguntar a las mujeres acerca de su posible exposición a la violencia, es que el hecho de hacer estas preguntas no implique un riesgo (por ejemplo, que su pareja no esté presente cuando se hacen las preguntas). El personal de salud deberá estar debidamente capacitado sobre la manera adecuada de formular las preguntas, así como de responder a lo que revelan las mujeres expuestas a la violencia (en el recuadro 1 se describen los requisitos mínimos). Esto debe incluir al menos apoyo de primera línea en caso de violencia de pareja (véase la recomendación 1).
- b) Los proveedores de servicios de salud deben conocer los recursos disponibles a los que se puede remitir a las mujeres a las que se pregunta acerca de su posible exposición a la violencia de pareja.

Recomendación 4

En los entornos de atención de salud debe haber información impresa sobre la violencia de pareja en forma de carteles y folletos o volantes puestos a disposición en áreas privadas como los lavatorios de mujeres. Esta información debe ir acompañada de advertencias apropiadas acerca del riesgo que podría implicar llevar ese material al hogar, si allí hay una pareja violenta.

2.2 Atención a las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja y a las que conviven con esta violencia

Las intervenciones eficaces para apoyar a las sobrevivientes de violencia de pareja se han clasificado en las cuatro categorías siguientes:

- intervenciones psicológicas,
- intervenciones de promoción de la causa y empoderamiento,
- intervenciones maternoinfantiles,
- otro tipo de intervenciones (por ejemplo escritura expresiva o respiración yoga).

A este respecto, se han formulado las siguientes recomendaciones:

Intervenciones psicológicas

**Recuadro
2****Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia de pareja^a**

- Síntomas de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos del sueño;
- propensión al suicidio o autoagresión;
- consumo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas;
- dolores crónicos (idiopáticos);
- síntomas digestivos crónicos idiopáticos;
- síntomas genitourinarios idiopáticos, incluidas las infecciones urinarias o renales frecuentes;
- resultados reproductivos adversos, incluidos múltiples embarazos no intencionales o abortos, retraso en la atención al embarazo y nacimientos con resultados adversos;
- síntomas reproductivos idiopáticos, incluidos el dolor pelviano y la disfunción sexual;
- hemorragias vaginales reiteradas e infecciones de transmisión sexual (ITS);
- lesiones traumáticas, en particular si son reiteradas y la mujer proporciona explicaciones vagas o inverosímiles al respecto;
- problemas relacionados con el sistema nervioso central, por ejemplo, cefaleas, problemas cognoscitivos, hipoacusia;
- consultas reiteradas por problemas de salud sin diagnóstico claro;
- intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas.

^a Adaptado de Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med*, 2011, 5:428-439.

Recomendación 5

Las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental preexistente o relacionado con violencia de pareja (como trastorno depresivo o trastornos debidos al consumo de alcohol) que estén sufriendo violencia de pareja deben recibir atención de salud mental a cargo de profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer, de conformidad con la *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), publicada por la OMS en el 2010.

Observaciones

- a) El uso de medicamentos psicotrópicos por parte de las embarazadas o de las madres lactantes requiere conocimientos especializados; conviene que esos medicamentos se prescriban en consulta con un especialista, de haber alguno disponible. En la *Guía de Intervención del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP)* se encontrarán más detalles sobre el manejo de los aspectos de salud mental concernientes a estos dos grupos de pacientes (6).

Recomendación 6

Se recomiendan las terapias cognitivas conductuales o las intervenciones de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, a cargo de profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer, para las mujeres que hayan dejado de sufrir violencia pero estén sufriendo de trastorno por estrés postraumático.

Intervenciones de promoción y empoderamiento

Recomendación 7

Se debe ofrecer a las mujeres que hayan pasado al menos una noche en un albergue, refugio o casa segura un programa estructurado de promoción, apoyo y/o empoderamiento.

Observaciones

- a) No está claro en qué medida puede aplicarse esta recomendación a las mujeres que dejen su hogar en circunstancias donde no existen albergues para alojarlas.
- b) Podría considerarse esta recomendación en el caso de las mujeres que revelen al personal de salud la existencia de violencia de pareja. No obstante, no está claro en qué medida podría aplicarse fuera de los albergues, de manera que es necesario investigar más a fondo este aspecto.
- c) En las poblaciones con elevada prevalencia de violencia de pareja, se debe dar prioridad a las mujeres que hayan sufrido el abuso más grave. (El grupo de formulación de directrices no acordó si esto se debe hacer extensivo al maltrato psicológico grave.)
- d) Las intervenciones deben estar a cargo de los proveedores de servicios de salud o de atención social capacitados, o bien de mentores legos adiestrados. Estas intervenciones deben adaptarse a las circunstancias personales de la mujer y combinar el apoyo emocional y el empoderamiento con el acceso a los recursos de la comunidad.

Recomendación 8

A las embarazadas que revelen violencia de pareja se les debe ofrecer orientación de una duración breve a mediana (hasta 12 sesiones) sobre el empoderamiento y apoyo, incluido un componente sobre seguridad, a cargo de proveedores capacitados de servicios en los sitios donde los sistemas de salud puedan ofrecerlo. No está claro en qué medida esto puede aplicarse en entornos diferentes del de la atención prenatal, ni está clara su factibilidad en países de ingresos bajos a medianos.

Observaciones

- a) La información acerca de la exposición a la violencia se debe siempre registrar, a menos que la mujer se oponga, de una manera discreta (es decir, sin etiquetas ni rotulaciones notorias que puedan estigmatizar a las mujeres, especialmente si los profesionales de la salud las califican como “golpeadas”). Puede suceder que las mujeres no quieran que la información quede registrada en su historia clínica por temor a que su pareja se entere. Las preferencias de las mujeres deben equilibrarse con la necesidad de obtener suficientes pruebas forenses en caso de que la mujer decida iniciar una querrela judicial, y con las políticas sobre notificación aplicables en cada establecimiento de servicios de salud.

- b) Se debe ayudar a la mujer a elaborar un plan para mejorar su seguridad y la de sus hijos, cuando corresponda.
- c) Debe prestarse atención al autocuidado de los proveedores de servicios de salud, incluida la posibilidad de trauma psíquico vicario o indirecto (véase el glosario).

Intervenciones maternoinfantiles

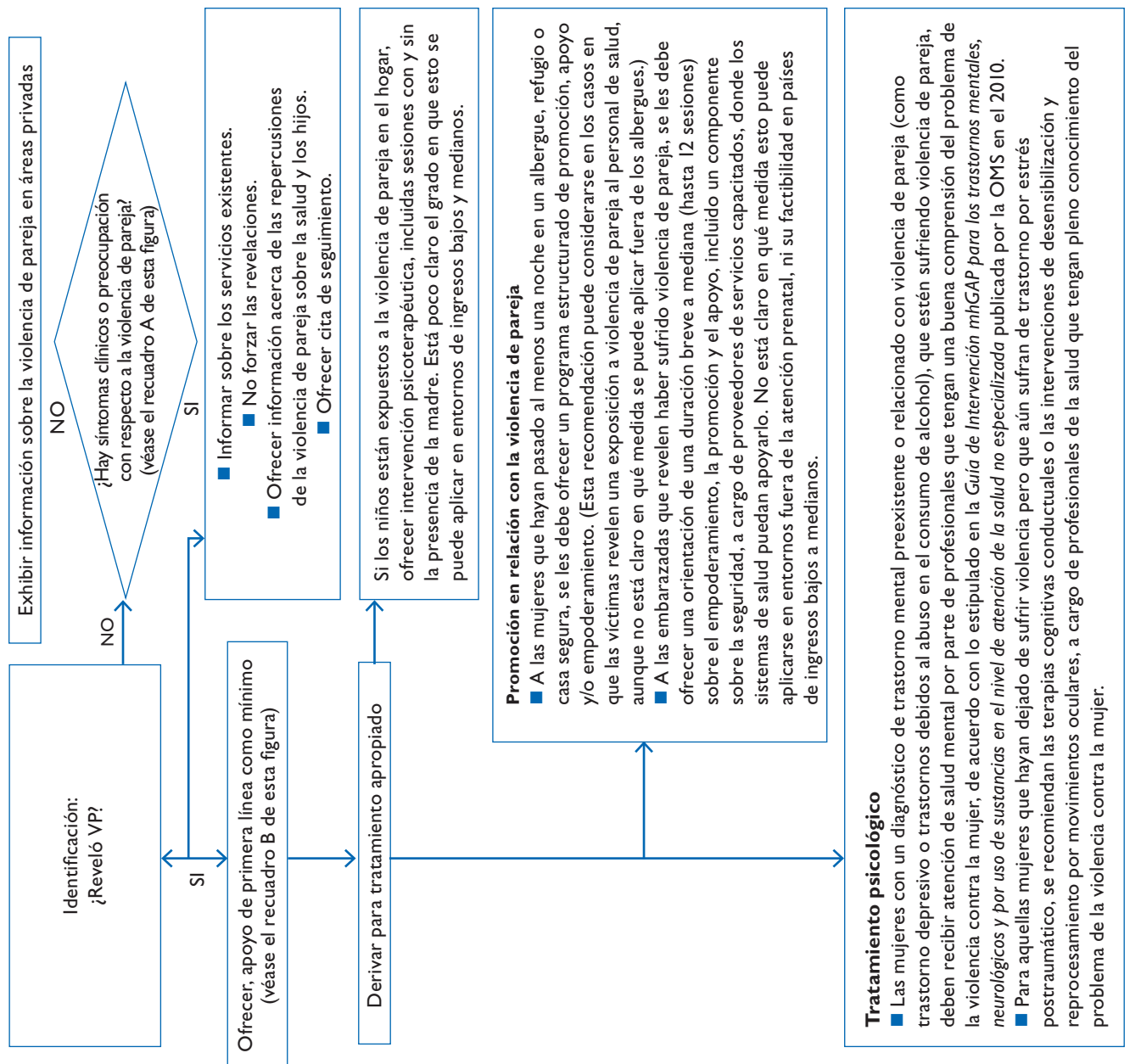
Recomendación 9

En los casos donde los niños estén expuestos a la violencia de pareja en el hogar, se debe ofrecer una intervención psicoterapéutica, incluidas sesiones con y sin la presencia de la madre, aunque está poco clara la medida en que esta recomendación podría aplicarse en entornos de ingresos bajos o medianos.

Observaciones

- a) El costo de las intervenciones psicoterapéuticas intensivas destinadas a la madre y los hijos, y la falta de proveedores capacitados para suministrar este tipo de intervenciones, dificulta su aplicación en entornos de escasos recursos.

Figura 1. Pasos de la atención por violencia de pareja (VP)



Recuadro A. Afecciones clínicas asociadas a violencia de pareja (TEPT), trastornos de ansiedad, trastorno por estrés posttraumático (TEPT), trastornos del sueño;

- propensión al suicidio o autoagresión;
- consumo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas;
- dolores crónicos (idiopáticos);
- síndromes digestivos crónicos idiopáticos;
- síndromes genitourinarios idiopáticos, incluidas las infecciones urinarias o renales frecuentes;
- resultados reproductivos adversos, incluidos múltiples embarazos no intencionales o abortos, retraso de la atención al embarazo y nacimientos con resultados adversos;
- síndromes reproductivos idiopáticos, incluidos el dolor pélvico y la disfunción sexual;
- hemorragias vaginales reiteradas e infecciones de transmisión sexual (ITS);
- lesiones traumáticas, en particular si son reiteradas y la mujer proporciona explicaciones vagas o inverosímiles al respecto;
- problemas relacionados con el sistema nervioso central, por ejemplo, cefaleas, problemas cognoscitivos, hipoacusia;
- consultas reiteradas por problemas de salud sin diagnóstico claro;
- intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas.

Recuadro B. Apoyo de primera línea

Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que revelen haber sufrido alguna forma de violencia infligida por un compañero íntimo u otro miembro de la familia, o agresión sexual por parte de cualquier perpetrador. Esto incluye lo siguiente:

- garantizar que la consulta se realice en privado;
- preservar la confidencialidad, pero informar a la mujer de los límites de la confidencialidad, por ejemplo en caso de notificación obligatoria;
- mantener una actitud libre de prejuicios que apoye y valide lo que la mujer esté expresando;
- prestar atención y apoyo práctico en respuesta a las inquietudes de la mujer, aunque sin entrometarse;
- indagar acerca de los antecedentes de la violencia, escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable (se requiere cierta prudencia al abordar temas delicados en presencia de intérpretes);
- facilitar el acceso de la mujer a información sobre recursos, incluidos servicios legales y de otro tipo que ella pudiera considerar de utilidad;
- ayudar a la mujer a aumentar su seguridad y la de sus hijos, de ser necesario;
- brindar o promover el apoyo social necesario.

Si el proveedor de servicios de salud no puede prestar apoyo de primera línea, debe procurar que otra persona esté disponible para hacerlo de manera inmediata (en el establecimiento de salud o en otro sitio de fácil acceso).

3. Atención clínica a sobrevivientes de agresión sexual

La agresión sexual es una experiencia traumática que puede tener una variedad de consecuencias negativas para la salud mental, física, sexual y reproductiva de la mujer. Las mujeres pueden requerir atención en las crisis y, en ocasiones, de largo plazo, en particular en lo que concierne a la salud mental. Además es importante reunir información forense, en particular para las mujeres que deseen iniciar un procedimiento legal. Esto no está contemplado en la guía actual, aunque puede encontrarse más información en algunas publicaciones de la OMS como *Guidelines for medical-legal care for victims of sexual violence* [guía para la atención médico-jurídica de las víctimas de violencia sexual] u otras publicaciones conjuntas como *Clinical management of rape survivors* [tratamiento clínico de sobrevivientes de violaciones sexuales] (7, 8), y en el programa de ciberaprendizaje sobre este mismo tema (9).

3.1 Intervenciones en los cinco primeros días después de la agresión (figura 2)

Recomendación 10

Ofrecer apoyo de primera línea a las sobrevivientes de agresión sexual infligida por cualquier perpetrador.

Esto incluye:

- brindar atención y apoyo práctico a la mujer en respuesta a sus inquietudes, sin entrometerse en su autonomía;
- escuchar a la mujer sin presionarla para que responda o revele información;
- ofrecer consuelo y ayudar a la mujer a aliviar o reducir su ansiedad;
- ofrecer información y ayudar a la mujer a ponerse en contacto con los servicios y los apoyos sociales.

Recomendación 11

Realizar un interrogatorio clínico pormenorizado, registrar los hechos para determinar las intervenciones apropiadas y proceder a una exploración física completa, de la cabeza a los pies, incluidos los genitales.³

En la historia clínica se debe registrar:

- el tiempo transcurrido desde la agresión y el tipo de agresión;
- el riesgo de embarazo;
- el riesgo de contraer la infección por el VIH u otra ITS;
- el estado de salud mental.

3.2 Anticoncepción de emergencia

Se han formulado las siguientes recomendaciones:

³ Véanse WHO, 2003; WHO/UNHCR, 2004 y WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

Recomendación 12

Ofrecer anticoncepción de emergencia a las sobrevivientes de agresión sexual que se presenten dentro de los cinco días posteriores a la agresión sexual, idealmente cuanto antes después de la exposición, para potenciar al máximo la eficacia de los anticonceptivos.

Observaciones

- a) En caso de utilizarse la anticoncepción de emergencia, debe iniciarse cuanto antes después de la violación porque es más eficaz si se administra dentro de los tres primeros días; no obstante, puede administrarse hasta dentro de los cinco días (120 horas) de ocurrida la violación.

Recomendación 13

Los proveedores de servicios de salud deben ofrecer levonorgestrel si está disponible. Se recomienda una dosis única de 1,5 mg dado que es tan eficaz como dos dosis de 0,75 mg administradas con un intervalo de 12 a 24 horas.

- Si NO hay levonorgestrel disponible, se puede ofrecer el régimen combinado de estrógeno y progestágeno, junto con antieméticos si están disponibles.
- Si no hay anticoncepción oral de emergencia disponible, y si es factible, se puede ofrecer el dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre a las mujeres que cumplen con los criterios para utilizar un DIU. Teniendo en cuenta el riesgo de ITS, el DIU se puede insertar a las mujeres médicamente aptas hasta cinco días después de ocurrida la agresión sexual (10).

Observaciones

- a) El grupo de trabajo encargado de elaborar directrices analizó algunas contraindicaciones y efectos colaterales de los medicamentos. Los comprimidos anticonceptivos de emergencia disponibles en el mercado son sumamente seguros y bien tolerados, y satisfacen los requisitos para la venta libre.
- b) El acetato de ulipristal es un medicamento relativamente nuevo que parece ser tan eficaz como el levonorgestrel, o incluso más. Mientras que el perfil de sus efectos colaterales parece ser similar al del levonorgestrel, el acetato de ulipristal todavía no figura en la lista de medicamentos esenciales de la OMS (11), aunque esto podría cambiar si surgen otros datos científicos. El levonorgestrel sigue siendo menos costoso y está disponible en la mayoría de los entornos.
- c) Se debe considerar el mayor riesgo de ITS después de una violación si se utiliza un DIU de cobre. Los DIU constituyen un método anticonceptivo eficaz de emergencia y deben ponerse a disposición de las mujeres que buscan este tipo de anticoncepción.
- d) No se requiere una prueba de embarazo, pero si se hizo una y el resultado fue positivo, no se necesitaría ni sería eficaz la anticoncepción de emergencia.

Recomendación 14

Si una mujer se presenta a los servicios de atención médica después de los cinco días de plazo máximo para la anticoncepción de emergencia, si la anticoncepción de emergencia fracasa o si la mujer está embarazada como consecuencia de una violación, se le debe ofrecer la opción de un aborto seguro, de conformidad con la legislación nacional.

Observaciones

- a) Donde no se permita el aborto, deben explorarse otras opciones junto con la mujer, como la adopción.

3.3 Profilaxis post-exposición al VIH

La agresión sexual puede ir asociada a la transmisión del VIH. Si bien se calcula que la tasa de transmisión sexual del VIH es inferior a 0,01% por cada contacto sexual, resulta difícil determinar los riesgos de que ocurra. No obstante, ciertas características de la agresión sexual (posibles desgarros, autores múltiples) pueden aumentarlos. Por consiguiente, en los entornos con alta prevalencia de infección por el VIH, existen argumentos éticos válidos en favor de la profilaxis de la infección por el VIH.

Se han formulado las siguientes recomendaciones:

Recomendación 15

Considerar la posibilidad de ofrecer profilaxis post-exposición al VIH a las mujeres que se presenten dentro de las 72 horas siguientes a la agresión sexual. Se debe brindar apoyo a la víctima de la agresión en el proceso de toma de decisión, a fin de determinar si es apropiado proceder a esa profilaxis (72).

Observaciones

- a) La profilaxis post-exposición debe iniciarse a la mayor brevedad, idealmente a las pocas horas de ocurrida la exposición y, a más tardar, dentro de las 72 horas posteriores.
- b) En los entornos con prevalencia baja, las políticas sobre el ofrecimiento sistemático de la profilaxis post-exposición al VIH tendrán que considerar el contexto local, los recursos y la oportunidad, y otros costos que implica el ofrecimiento.

Recomendación 16

Analizar con la sobreviviente el riesgo de transmisión del VIH a fin de determinar si se utilizará la profilaxis post-exposición, a saber:

- prevalencia de la infección por el VIH en la zona geográfica;
- limitaciones de la profilaxis post-exposición;⁴
- estado y características del agresor con respecto a la infección por el VIH, si se los conoce;
- características de la agresión, incluido el número de perpetradores;
- efectos colaterales del régimen antirretrovírico utilizado para la profilaxis post-exposición;
- probabilidad de transmisión del VIH.

⁴ En dos estudios de cohortes sobre la profilaxis post-exposición al VIH, las tasas de la seroconversión oscilaban entre 0% y 3,7%.

Recomendación 17

Si se administra profilaxis post-exposición al VIH:

- se la debe comenzar a la mayor brevedad posible, antes de las 72 horas de ocurrida la agresión sexual;
- se debe proporcionar orientación y pruebas de detección del VIH en la consulta inicial;
- se debe garantizar el seguimiento de la paciente a intervalos regulares;
- en general se prefieren los regímenes de dos medicamentos (una combinación medicamentosa en dosis fijas) antes que los de tres medicamentos, dando prioridad a los fármacos con menos efectos colaterales;
- la elección de los medicamentos y los regímenes debe seguir las orientaciones nacionales.

Observaciones

- a) La elección de los medicamentos para la profilaxis post-exposición dependerá del régimen antirretrovírico de primera línea del país para el VIH.

Recomendación 18

Los consejos sobre el cumplimiento del tratamiento deben ser un elemento importante de la profilaxis post-exposición. Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de que la observancia del tratamiento es particularmente difícil para las sobrevivientes de una agresión sexual, porque puede desencadenar pensamientos dolorosos sobre la violación.

Observaciones

- a) Muchas sobrevivientes de agresión sexual a las que se ha proporcionado profilaxis post-exposición al VIH no completan con éxito el régimen preventivo debido a sus efectos físicos colaterales, como náuseas y vómitos, y al hecho de que puede desencadenar pensamientos dolorosos sobre la violación; además, el tratamiento puede quedar relegado por otras cuestiones de la vida de las mujeres que padecieron la agresión sexual. Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de que la observancia es muy difícil de lograr y deben hacer todo lo posible por que se cumpla el tratamiento. Actualmente, no se han identificado intervenciones eficaces para promover el cumplimiento del tratamiento.

Observación general 3.3

- a) Es importante determinar las circunstancias de la violación y si es apropiado administrar profilaxis post-exposición al VIH. Las directrices conjuntas de la OMS y la OIT sobre la profilaxis post-exposición para prevenir la infección por el VIH (12) recomiendan aplicar los siguientes criterios para administrar este tipo de profilaxis tras una agresión sexual:
- si hubo violación (penetración) menos de 72 horas atrás;
 - si el estado del agresor con respecto a la infección por el VIH es positivo o desconocido;
 - si se desconoce si la persona expuesta está infectada por el VIH (ofrecer pruebas de detección del VIH en el momento de la consulta);

- si existen riesgos definidos de exposición, entre los que se citan los siguientes:
 - hubo coito vaginal o anal receptivo sin condón, o con un condón que se rompió o se salió, o
 - durante el acto hubo contacto entre la sangre o la eyaculación del agresor y la mucosa o piel lesionada de la agredida, o
 - la agredida ha sido receptora de sexo oral con eyaculación, o
 - la persona sexualmente agredida se hallaba narcotizada o inconsciente en el momento de la supuesta agresión y no está segura de la naturaleza de la posible exposición, o
 - la persona fue objeto de violación grupal.
- b) Se recomienda efectuar las pruebas de detección del VIH antes de proporcionar la profilaxis post-exposición; sin embargo, dichas pruebas no deben excluir el ofrecimiento de esta profilaxis. Por otra parte, a las personas infectadas por el VIH se les debe suministrar atención y tratamiento antirretrovírico, en lugar de profilaxis post-exposición.
- c) De acuerdo con la prevalencia local y consideraciones éticas y relativas a los recursos, las instancias normativas en materia de salud deben determinar si en la atención posterior a una violación se ofrecerá sistemáticamente profilaxis post-exposición al VIH.

3.4 Profilaxis post-exposición a las ITS

Se han formulado las siguientes recomendaciones:

Recomendación 19

A las sobrevivientes de agresión sexual debe ofrecérseles profilaxis o tratamiento presuntivo de ITS como clamidiasis, gonorrea, infecciones por tricomonas y sífilis, de acuerdo con la prevalencia. La elección del medicamento y los regímenes debe basarse en las orientaciones nacionales.

Recomendación 20

La vacunación contra la hepatitis B sin inmunoglobulina antihepatitis B debe ofrecerse de acuerdo con las directrices nacionales.

- Debe tomarse una muestra de sangre para determinar el estado serológico de la mujer respecto de la hepatitis B antes de administrarle la primera dosis de vacuna.
- Si la mujer es inmune, no se requiere ninguna vacunación adicional.

Observaciones

- a) Es preferible administrar tratamiento presuntivo en lugar de pruebas de detección de ITS para evitar retrasos innecesarios. Por consiguiente, el grupo de trabajo encargado de elaborar directrices no recomienda la realización de pruebas antes del tratamiento.

3.5 Intervenciones psicológicas o de salud mental (figura 2)

Recomendación 21

Seguir ofreciendo el apoyo y la atención descritos en la recomendación 10.

Recomendación 22

Suministrar información impresa sobre las estrategias para hacer frente al estrés (con advertencias apropiadas acerca de lo que implica llevar al hogar material impreso si allí hay una pareja violenta).

Recomendación 23

No se debe recurrir a las intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente (*debriefing* psicológico).

Observación general 3.5

- a) Considerar los posibles daños de una psicoterapia (incluida la cognitiva conductual) administrada inadecuadamente a sobrevivientes potencialmente vulnerables. El consentimiento fundamentado y la seguridad de la mujer son esenciales. El proveedor de servicios de salud encargado de brindar la psicoterapia deberá contar con la debida capacitación y tener un sólido conocimiento sobre el tema de la violencia sexual.
- b) Se debe considerar la posibilidad de que haya trastornos de salud mental preexistentes al hacer una evaluación, planificar la atención y, en caso necesario, administrar el tratamiento o hacer una derivación de acuerdo con la *Guía de Intervención mhGAP* (6). Las mujeres con problemas de salud mental o de consumo de sustancias psicoactivas pueden correr mayores riesgos de violación que otras, de manera que es probable que haya una carga desproporcionada de problemas preexistentes de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas entre las sobrevivientes de una violación. Asimismo, deben considerarse los eventos traumáticos preexistentes (por ejemplo, abuso sexual en la niñez, violencia de pareja, traumatismos relacionados con guerras, etc.).
- c) Es importante reconocer que la agresión sexual puede ser perpetrada por una persona que convive con la mujer, pero que no es una pareja actual o anterior. Puede ser otro miembro de la familia, por ejemplo un padrastro, pariente político, amigo de la familia, etc.
- d) La mayoría de las mujeres deben tener acceso al apoyo de grupos o de individuos legos, idealmente según los principios de la primera ayuda psicológica (13).

Figura 2. Intervenciones de salud psicológica o mental
Intervenciones en los primeros cinco días posteriores a la agresión:

Recomendaciones 10 y 21

Ofrecer apoyo de primera línea a las sobrevivientes de agresión sexual infligida por cualquier perpetrador.

Esto incluye:

- brindar atención y apoyo práctico a la mujer en respuesta a sus inquietudes, sin entrometerse en su autonomía;
- escucharla sin presionarla para que responda o revele información;
- ofrecerle consuelo y ayudarla a aliviar o reducir su ansiedad;
- ofrecerle información y ayudarla a ponerse en contacto con los servicios y los apoyos sociales.

Recomendación 11

Realizar un interrogatorio clínico pormenorizado, registrar los hechos para determinar las intervenciones apropiadas y proceder a una exploración física completa, de la cabeza a los pies, incluidos los genitales.¹

En la historia clínica se debe registrar:

- el tiempo transcurrido desde la agresión y el tipo de agresión;
- el riesgo de embarazo;
- el riesgo de contraer la infección por el VIH u otra ITS;
- el estado de salud mental.

Recomendación 22

Suministrar información impresa sobre las estrategias para hacer frente al estrés (con las advertencias apropiadas acerca de lo que implica llevar al hogar material impreso si allí hay una pareja violenta).

Recomendación 23

No se debe recurrir a las intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente (*debriefing* psicológico).

Intervenciones hasta tres meses después de ocurrida la agresión:

Recomendación 24

Seguir ofreciendo el apoyo y la atención descritos en la recomendación 10

¿Está deprimida?

¿Tiene problemas de consumo de alcohol o de drogas, o bien algún síntoma psicótico?

¿Es suicida o autoagresiva?

NO a todas las preguntas

¿Tiene dificultades para realizar las tareas cotidianas?

NO

—————>
SÍ a una o varias de estas preguntas

Brindar atención de conformidad con la *Guía de Intervención mhGAP (6)*

—————>
SÍ

Recomendación 26

Hacer los arreglos necesarios para una terapia cognitiva conductual o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, aplicada por profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer.

Recomendación 25

Proceder a una espera atenta durante uno a tres meses después de ocurrido el hecho. Esto implica explicar a la persona que probablemente mejorará con el tiempo y ofrecerle la posibilidad de regresar para recibir más apoyo, acordando citas periódicas de seguimiento.

A partir de los tres meses después de ocurrido el trauma:

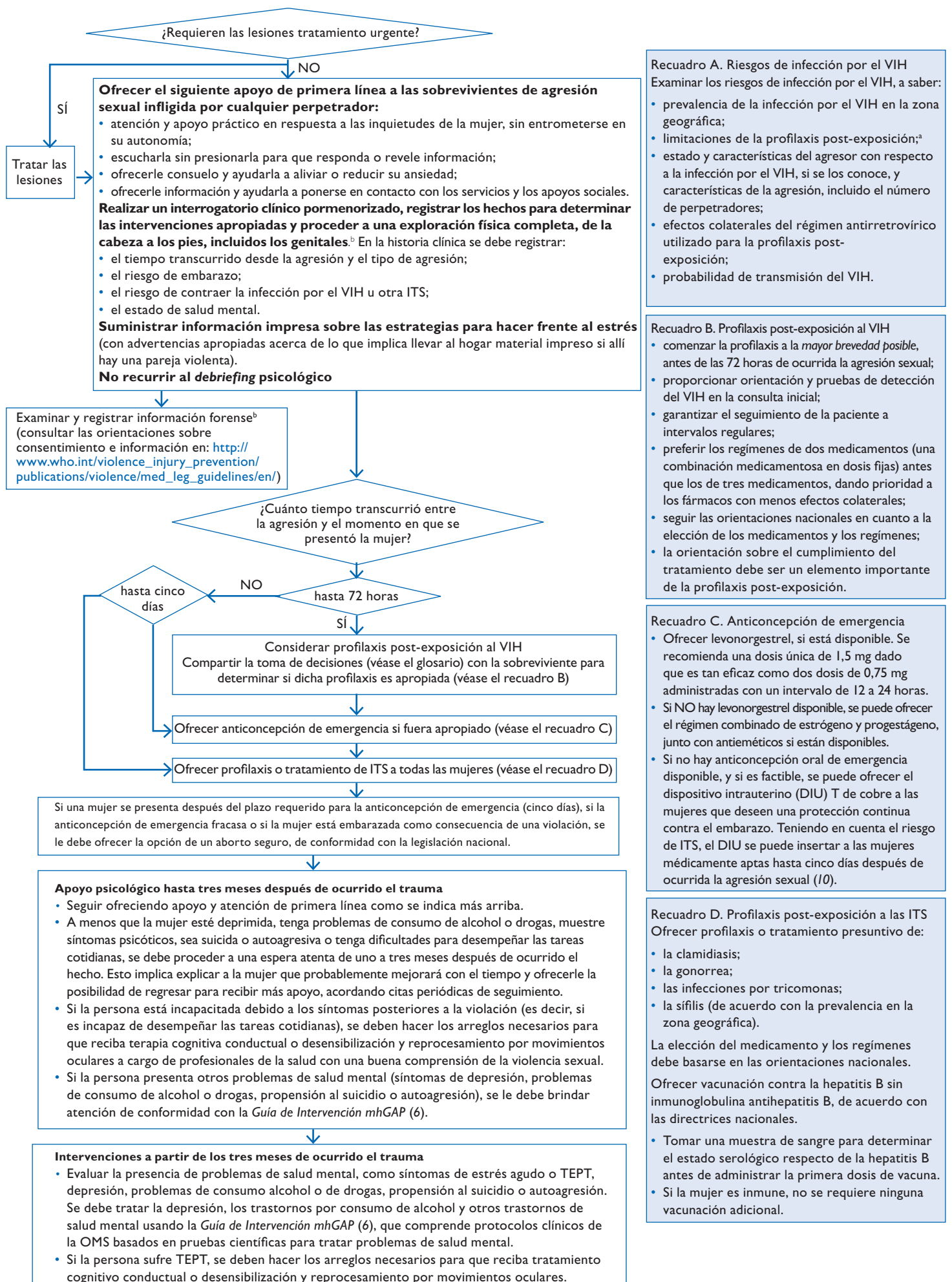
Recomendaciones 27 y 28

Evaluar problemas de salud mental, por ejemplo síntomas de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, problemas de uso de alcohol o drogas, propensión al suicidio o autoagresión. Tratar la depresión, los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos de salud mental, usando la *Guía de Intervención mhGAP (6)*.

Recomendación 29

Si la persona sufre TEPT, se deben hacer los arreglos necesarios para que reciba tratamiento cognitivo conductual, o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Figura 3. La mujer se presenta después de una agresión sexual

^a En dos estudios de cohortes de la profilaxis post-exposición al VIH, las tasas de la seroconversión oscilaban entre 0% y 3,7%.^b Véanse WHO, 2003; WHO/UNHCR, 2004 y WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

4. Capacitación de los proveedores de servicios de salud

Recomendación 30

Los proveedores de servicios de salud, en particular médicos, enfermeras y parteras, deben recibir capacitación a nivel de precalificación sobre la prestación de apoyo de primera línea a las mujeres que hayan sufrido violencia de pareja o agresión sexual.

Observaciones

- a) Es posible que el mismo proveedor de salud tenga experiencia con respecto a la violencia de género, ya sea en calidad de víctima o de agresor. Este aspecto debe abordarse durante la capacitación.

Recomendación 31

Se debe capacitar dentro del servicio a los trabajadores de la salud que atienden a las mujeres. Dicha capacitación deberá:

- permitirles prestar apoyo de primera línea (recomendaciones 1 y 10);
- enseñarles las aptitudes apropiadas, inclusive para saber cuándo y cómo preguntar y la mejor manera de responder a las inquietudes de las mujeres (secciones 2 y 3), así como de recoger evidencia forense cuando corresponda (7-9);
- proporcionar conocimientos básicos sobre el tema de la violencia, incluidos aspectos relativos a la legislación vigente, los servicios existentes y el apoyo local disponible, así como sobre las actitudes que resultan inapropiadas en los proveedores de servicios de salud.

Observaciones

- a) La capacitación debe ser intensiva y su contenido debe ser adecuado al contexto y el entorno.
- b) Se debe prestar atención al autocuidado de los proveedores, inclusive en lo concerniente a traumas psíquicos vicarios o indirectos.

Recomendación 32

La capacitación de los proveedores de servicios de salud sobre violencia de pareja y agresión sexual debe abarcar diferentes aspectos de la respuesta a la violencia de pareja y la agresión sexual (por ejemplo, identificación, evaluación y planificación de la seguridad, aptitudes para la comunicación y para la atención clínica, documentación y derivación de casos).

Observaciones

- a) Se debe ofrecer a los profesionales de la salud una capacitación multidisciplinaria intensiva (con la participación de diferentes clases de proveedores de servicios de salud, personal de policía y activistas) impartida por activistas que luchen contra la violencia doméstica o por personal de apoyo donde sea posible derivar casos a servicios especializados en violencia doméstica.
- b) El uso de técnicas interactivas puede ser útil.

- c) La capacitación debe ir más allá de los proveedores e incluir estrategias a nivel del sistema (por ejemplo sobre flujo de pacientes, área de recepción, incentivos y mecanismos de apoyo), para mejorar la calidad y la sostenibilidad de la atención.

Recomendación 33

La capacitación sobre la violencia de pareja y sobre la agresión sexual debe integrarse en el mismo programa, habida cuenta de la superposición que existe entre ambos problemas y de los limitados recursos disponibles para la capacitación de los proveedores de servicios de salud sobre estos temas.

Observación general 4

- a) Debe asignarse prioridad para la capacitación a los proveedores de servicios de salud con mayores probabilidades de entrar en contacto con mujeres sobrevivientes de violencia de pareja o agresión sexual, por ejemplo aquellos que trabajen en servicios de atención prenatal, planificación familiar, ginecología, atención posaborto, salud mental y atención de la infección por el VIH, así como proveedores de servicios de atención primaria y de urgencia.
- b) La capacitación debe abarcar el examen clínico y la atención a casos de violencia de pareja y agresión sexual, tomando en consideración aspectos de competencia cultural, igualdad de género y derechos humanos.
- c) La capacitación se debe impartir en el entorno donde usualmente se brinda la atención de salud, a fin de promover que el personal asista.
- d) La capacitación inicial deberá ser reforzada y contar con un apoyo continuo. El seguimiento regular y la supervisión de la calidad son extremadamente importantes.
- e) En un estudio se mostró que, para mantener los beneficios de la capacitación, era útil establecer una vía clara para la atención y la derivación de casos, además de designar a un trabajador especializado en violencia (doméstica) contra la mujer que esté disponible, y enviar recordatorios regulares (por ejemplo, por medio de mensajes por computadora).

5. Política y servicios de salud

Recomendación 34

La atención a las mujeres expuestas a la violencia de pareja y la agresión sexual debería estar integrada en los servicios de salud existentes en lugar de ser un servicio independiente (véase el recuadro 3 a continuación).

Observaciones

- a) Es preferible tener un programa con componentes múltiples, entre ellos la capacitación de los proveedores de servicios de salud para identificar las lesiones comunes y las afecciones clínicas generalmente asociadas a violencia de pareja, y para prestar apoyo de primera línea. Una vía clara para la derivación de casos también puede aumentar la eficacia. Esta capacitación debe repetirse regularmente a fin de que no se pierdan los beneficios (véase la sección 2).

Recuadro 3	Requisitos mínimos de una respuesta del sector de la salud a la violencia contra la mujer
Políticas y protocolos	Se deben elaborar y aplicar políticas y protocolos locales que definan funciones y responsabilidades, así como procedimientos relacionados con la identificación y el manejo de sobrevivientes (con una capacitación apropiada y un apoyo continuo).
Apoyo de gestión y finanzas	El apoyo de gestión, a menudo con respaldo financiero, es importante especialmente con respecto a la sostenibilidad de largo plazo de la integración de las cuestiones relacionadas con la violencia contra la mujer.
Atención integral	Es preciso que los proveedores de los servicios de salud velen por todos los aspectos relativos a la atención médico legal, directamente o con apoyo de alguna ONG, de organizaciones comunitarias o de otras iniciativas de la comunidad, de una manera tal que se reduzcan al mínimo los contactos necesarios.
Enlaces con organizaciones comunitarias y ONG	Es oportuno establecer relaciones con ONGs y con organizaciones comunitarias locales. (Cabe señalar que la prestación de los servicios es una responsabilidad estatal, por lo que no se debe depender exclusivamente de ONGs ni de organizaciones comunitarias).
Colaboración intersectorial	Se deben establecer protocolos de trabajo claros, incluida la vía de derivación de casos de sobrevivientes entre los servicios ofrecidos por un mismo establecimiento o por sectores diferentes, y celebrar reuniones regularmente (cada mes) para garantizar la coordinación.
Material informativo	Es necesario poner a disposición material informativo (carteles, tarjetas de referencia rápida o volantes).
Vigilancia y registro	Es preciso establecer sistemas de registro y vigilancia que sean confidenciales y no expongan a las mujeres a riesgos.
Seguimiento y evaluación	Se debe implantar un sistema de seguimiento y evaluación basado en las normas y los procedimientos locales, con inclusión de consideraciones relacionadas con la seguridad.
Apoyo a los cuidadores	Se debe prestar apoyo a quienes brinden servicios de salud.

- b) La oferta de servicios verticales independientes puede ser difícil de mantener y puede tener efectos perjudiciales. Por ejemplo, un servicio de salud mental con poco personal se podría debilitar aun más si tiene que prestar servicios específicos a víctimas de violencia, en lugar de velar por que todos sus pacientes (incluidas las sobrevivientes de violencia) reciban la mejor atención posible.
- c) La prestación de apoyo a los cuidadores también debe formar parte de la respuesta del sistema de salud, aunque requiere recursos humanos adicionales. Por otra parte, es igualmente importante que los trabajadores de la salud celebren regularmente reuniones con otro tipo de personal, como el de policía o los trabajadores sociales, para garantizar la coordinación y coherencia entre todos ellos y el buen funcionamiento de la derivación de casos.

Recomendación 35

Un país necesita múltiples modelos de atención para las sobrevivientes de violencia de pareja y agresión sexual, en los diferentes niveles del sistema de salud. Sin embargo, es necesario darle prioridad a la capacitación y a la prestación de servicios a nivel de la atención primaria.

Recomendación 36

Debe haber un proveedor de servicios de salud capacitado en la atención sensible a cuestiones de género a sobrevivientes de agresión sexual disponible en todo momento del día y de la noche a nivel de distrito o área.

Observación general 5

- a) En tanto no se cuente con más pruebas científicas sobre la eficacia de los diferentes modelos, cada país necesitará múltiples modelos de atención. No obstante, es necesario promover la evaluación para identificar los aspectos mejores y más eficaces en función de los costos en diferentes entornos.
- b) Los centros especializados que reúnen todos los servicios (los llamados “one-stop shops”) idealmente deben ser localizados dentro de los servicios de salud más que en los servicios de justicia, dando prioridad a la salud de la mujer por encima de las cuestiones legales. Estos centros parecen más apropiados en áreas con alta densidad de población, mientras que, en función de sus costos, los servicios integrados en los establecimientos de salud pueden ser más eficaces en zonas rurales.
- c) Sin importar cuál sea el modelo que utilice, se debe procurar reducir el número de servicios y proveedores a quienes tenga que acudir una mujer (y a quienes tenga que contar su historia), y se debe facilitar el acceso a los servicios que pueda necesitar, de una manera que respete su dignidad y confidencialidad y que priorice su seguridad.
- d) La violencia contra la mujer es también una violación de sus derechos humanos. Se deben revisar las políticas y leyes para asegurar que no discriminen a las mujeres y que sancionan adecuadamente los actos de violencia, incluidos los cometidos dentro del hogar.

6. Notificación obligatoria

Recomendación 37

A pesar de que no se recomienda la notificación obligatoria de la violencia de pareja a la policía por parte de los proveedores de servicios de salud, estos últimos pueden ayudar a notificar el incidente a las autoridades competentes (incluida la policía) si la mujer así lo desea y es consciente tanto de sus derechos como de los riesgos que implica la notificación.

Recomendación 38

El proveedor de servicios de salud debe notificar a las autoridades pertinentes el maltrato infantil y los incidentes potencialmente mortales, de acuerdo con lo que se estipule al respecto en la legislación.

Observaciones

- a) Sin embargo, actualmente se observa un consenso cada vez mayor en el sentido de que aquellos países cuya legislación obligue a notificar incidentes que afecten a niños deben permitir un mayor acceso de los niños y las familias a servicios confidenciales donde puedan recibir apoyo voluntariamente.
- b) Además, la utilidad de la notificación obligatoria es particularmente cuestionable en aquellos contextos donde no existe un sistema jurídico que funcione debidamente o donde tampoco existe un sistema de protección para los niños.

Glosario

Agresión sexual: Es un tipo de violencia sexual que generalmente incluye el uso de la fuerza física u otra forma de coacción para lograr o intentar lograr una penetración sexual. Incluye la violación, definida como la penetración forzada (aplicando la fuerza física u otra forma de coacción) de la vulva o el ano con un pene, otra parte del cuerpo o un objeto; la definición legal de violación puede variar y, en algunos casos, también puede incluir la penetración oral.

Albergue: También conocido como casa segura o refugio, es un lugar cuya ubicación suele ser secreta, donde las mujeres pueden alojarse tras haber abandonado a una pareja violenta. Generalmente administrados por una ONG, los albergues fueron la primera respuesta social y política a la violencia de pareja que ha dado el movimiento feminista en países de ingresos altos en los años setenta. Sin embargo, el término también puede referirse a una iglesia, un grupo comunitario u otro entorno que proporcione un refugio seguro a las mujeres.

Apoyo: En estas recomendaciones, se entiende por “apoyo” a uno de los siguientes elementos o a un conjunto de ellos: asesoramiento legal, habitacional y financiero; facilitación del acceso a recursos de la comunidad y al uso de estos, como refugios o albergues; viviendas de urgencia; intervenciones psicológicas y asesoramiento para la planificación de la seguridad personal.

Apoyo de primera línea: Se refiere al nivel mínimo (fundamentalmente psicológico) de apoyo y validación de su experiencia que debe recibir toda mujer que revele una situación de violencia a un profesional de la salud (o de otro servicio). Comparte muchos elementos de la llamada “primera ayuda psicológica” en el contexto de las situaciones de urgencia con experiencias traumáticas.

Búsqueda activa de casos o averiguación clínica: En el contexto de la violencia de pareja, se refiere a la identificación de las mujeres que sufren violencia y acuden a los servicios de atención de la salud; para ello se hacen preguntas basadas en las afecciones que presentan, la historia clínica y, según convenga, el examen físico de las pacientes. Estas expresiones no se usan en el mismo sentido que términos como “detección” o “indagación sistemática”.

Compañero íntimo: Un esposo, compañero cohabitante, novio, enamorado o amante, o exesposo, excompañero, exnovio, exenamorado o examante.

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Esta terapia conlleva procedimientos estandarizados consistentes en centrarse simultáneamente en lo siguiente: a) las asociaciones espontáneas de las imágenes traumáticas, los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas, y b) una estimulación bilateral, por lo general en forma de movimientos oculares repetitivos. A diferencia de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma, esta terapia se realiza sin descripciones detalladas del hecho, sin desafiar directamente las creencias y sin exposición prolongada.

Detección (detección universal): Evaluación en gran escala de grupos enteros de población, sin selección de ningún grupo en especial.

Empoderamiento: Consiste en ayudar a las mujeres a que tomen el timón de su propia vida y a que sean capaces de adoptar decisiones acerca de su futuro, como señala la teoría del empoderamiento de Dutton. Este autor considera que las mujeres maltratadas no están “enfermas”, sino que se encuentran en una “situación enferma”, y que en la respuesta es preciso demostrar comprensión y tener en cuenta las diferentes necesidades de apoyo, promoción y sanación. El empoderamiento es una característica clave de las intervenciones de promoción y de algunas intervenciones psicológicas (orientación breve).

Indagación sistemática: Esta expresión se utiliza en ocasiones para referirse a las pesquisas sobre la violencia de pareja realizadas sin aplicar los criterios de salud pública de un programa completo de detección. Por otra parte, en un entorno de atención de salud también puede denotar que basta un umbral bajo para activar la indagación sistemática de abuso en las mujeres, aunque no necesariamente significa que se interroge a todas ellas a ese respecto.

Intervenciones psicológicas: Consisten en orientación formal, psicoterapia o una diversidad de técnicas psicológicas ofrecidas por una persona capacitada en estas intervenciones. Se aplican a grupos de personas del mismo sexo o grupos mixtos, a parejas o a individuos. Pueden adoptar diversas formas; las más comunes son las psicoterapias catalogadas en términos generales como cognitivas conductuales. (Véanse “Terapia cognitiva conductual” y “Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares”).

Notificación obligatoria: Se refiere a la legislación de algunos países o estados que requieren que las personas, o ciertas personas designadas, por ejemplo los proveedores de servicios de salud, notifiquen (generalmente a la policía o a las autoridades del sistema judicial) todo incidente de violencia doméstica o violencia de pareja, real o presunta. En muchos países la notificación obligatoria se aplica principalmente al maltrato y al abuso de menores, pero en otros se ha hecho extensiva a la violencia de pareja.

Promoción: En el contexto de los servicios que se ocupan de la violencia de pareja, el significado de la expresión “promoción” varía según el país y dentro de cada país, de acuerdo con el entorno institucional y la evolución histórica de la función de los defensores de la violencia contra la mujer. En términos generales, estos últimos se ocupan de personas que han sufrido algún tipo de maltrato, con la intención de apoyarlas, empoderarlas y vincularlas con los servicios comunitarios. En algunos entornos de atención de salud, los defensores también pueden llegar a propiciar cambios sistémicos, favoreciendo que el personal clínico pueda identificar cada vez más a las mujeres que han sido objeto de abuso. En estas directrices, las actividades básicas de promoción se definen como un apoyo que incluye orientación sobre cuestiones legales, habitacionales y financieras, además de facilitar a estas mujeres el acceso a recursos de la comunidad, por ejemplo refugios o albergues, viviendas donde puedan alojarse en una situación de urgencia, orientación informal, apoyo continuo y asesoramiento para planificar su seguridad personal. En las recomendaciones contenidas en este documento, se distingue entre la promoción y las intervenciones psicológicas; esto refleja una diferencia relativamente clara en los datos procedentes de las investigaciones basadas en métodos o teorías psicológicas explícitas.

Proveedor de servicios de salud: Es una persona o una organización que presta servicios de salud de manera sistemática. Un proveedor de servicios de salud puede ser un profesional de la salud, un agente sanitario de la comunidad o bien una persona capacitada y versada en cuestiones de salud. Pueden ser trabajadores de la salud no profesionales que hayan recibido alguna capacitación para prestar asistencia en su comunidad. Las organizaciones incluyen hospitales, consultorios, centros de atención primaria y otros sitios de prestación de servicios. En estas directrices, el término “proveedor de servicios de salud” se refiere generalmente al proveedor de atención primaria (comprende al personal de enfermería, partería, médicos y otros).

Servicios de intervención en casos de crisis: Son servicios que ofrecen el apoyo de especialistas, la promoción, orientación e información de manera confidencial, en un ambiente seguro y libre de amenazas.

Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma: Se trata de intervenciones cognitivas conductuales que se centran en el evento traumático (por ejemplo, mediante una exposición imaginada o vivida, o el desafío de cogniciones desadaptativas relacionadas con el suceso y sus secuelas).

Terapia cognitiva conductual: Se basa en la idea de que los pensamientos no son factores externos como las personas o los eventos, sino que dictan los propios sentimientos y comportamientos. Las personas pueden tener pensamientos poco realistas o distorsionados que, si no se revisan, podrían conducir a comportamientos poco útiles. Esta terapia tiene un componente cognoscitivo (ayudar a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y desafiar pensamientos negativos poco realistas) y un componente conductual. Varía de acuerdo con los problemas de salud mental específicos de cada persona.

Toma de decisiones compartida: Significa que los clínicos y las pacientes toman decisiones conjuntas, utilizando los mejores datos científicos disponibles. Se alienta a las pacientes a que, junto con sus clínicos, consideren las opciones disponibles, así como las ventajas e inconvenientes probables de cada una, que comuniquen sus preferencias y que participen en la selección del procedimiento más adecuado.

Trauma psíquico vicario o indirecto: Consiste en una transformación de las experiencias internas del proveedor de servicios de salud como resultado de un compromiso empático o repetido con las sobrevivientes de violencia (sexual) y con el contenido de los traumas de estas.

Violencia contra la mujer: Esta amplia expresión ha sido definida por las Naciones Unidas como todo acto de violencia de género que cause o tenga probabilidades de causar daño o sufrimiento físico, sexual o mental a la mujer; incluye las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada. Incluye muchas formas diferentes de violencia contra mujeres y niñas, como la violencia de pareja, la violencia sexual por alguien distinto de la pareja, el tráfico de personas y las prácticas perjudiciales como la mutilación genital femenina.

Violencia de pareja: Comportamiento de un compañero íntimo que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos actos de agresión física, coerción sexual, maltrato psicológico y control. Esta definición abarca la violencia infligida por un cónyuge actual o

anterior, o por otro compañero íntimo. Otras expresiones utilizadas para referirse a esta situación son las siguientes: violencia doméstica, maltrato de la esposa o cónyuge, y golpiza propinada a la esposa o cónyuge. La expresión “violencia en citas” se utiliza generalmente para referirse a violencia en relaciones íntimas entre jóvenes, que pueden ser de duración e intensidad variables y no implican cohabitación.

Violencia sexual: Todo acto sexual, intento de llevar a cabo un acto sexual, comentario indeseado de contenido sexual o avance de esta índole, acto de tráfico, o dirigido de otro modo contra la sexualidad de una persona mediante coacción por cualquier otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, incluidos el hogar y el trabajo, aunque sin limitarse a ellos.

Referencias

1. Campbell J, García Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10(7):770–789.
2. García-Moreno C *et al.* Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. Ellsberg M *et al.* Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371(9619):1165–1172.
4. Bott S *et al.* Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington; Organización Panamericana de la Salud; 2014.
5. Feder GS *et al.* Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archi Intern Med*, 2006, 166:22–37.
6. 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; 2010. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf. Consultado el 10 de septiembre del 2013.
7. WHO. Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Se puede encontrar en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>. Consultado el 11 de septiembre del 2013.
8. WHO/UNHCR/UNFPA. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
9. Clinical management of rape survivors. E-learning programme. Ginebra; OMS/ACNUR/UNFPA; 2009.
10. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
11. WHO Model list of essential medicines 18th ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Se puede encontrar en: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf. Consultado el 11 de septiembre del 2013.
12. World Health Organization/International Labour Organisation. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
13. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf. Consultado el 11 de septiembre del 2013.



Para mayor información, por favor contáctese con:

Departamento de Familia, Género y Curso de Vida

Organización Panamericana de la Salud

525 23rd St, NW

Washington, DC 20037

www.paho.org/violence



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**