

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

Manual clínico



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



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

Manual clínico

La versión original en inglés de este manual se elaboró en septiembre de 2014 para ser probada sobre el terreno. Esta versión en español incluye algunas adaptaciones menores respecto al original.

La versión definitiva de este manual se terminará de elaborar tras la recepción de los comentarios de los colaboradores de campo.

Le agradeceremos que dedique unos minutos a transmitirnos sus comentarios por medio del cuestionario que encontrará en la dirección:

www.paho.org/comentarios-manual-clinico-violencia-mujer

Su colaboración nos ayudará a que el manual sea lo más útil y fácil de usar que sea posible.

Gracias!



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



Título de la edición original en inglés:

Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A Clinical handbook

© World Health Organization 2014

WHO/RHR/14.26

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016

1. Violencia contra las Mujeres. 2. Violencia Sexual. 3. Violencia de Pareja. 4. Género y Salud. I. Título.

II. Organización Mundial de la Salud.

Documento núm. OPS/FGL/16-016

(Clasificación NLM: HM 278)

© Organización Panamericana de la Salud 2016.

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

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. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

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.

Índice

Agradecimientos	vii
Prefacio	1
¿De qué se trata este manual?	2
Principios orientadores para prestar una atención centrada en la mujer	5
Capítulo 1. Concientización acerca de la violencia contra la mujer	8
Qué es la violencia contra la mujer	8
Cómo darse cuenta de que una mujer podría estar sufriendo violencia	10
¿Qué debo hacer si sospecho que hay violencia?.....	11
Cómo documentar la violencia de pareja o la violencia sexual	13
Qué debo hacer si sospecho que puede haber una situación de violencia, pero la mujer no la revela	14
Capítulo 2. Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja.....	15
Qué es el apoyo de primera línea.....	15
ATENCIÓN AL ESCUCHAR	19
NO JUZGAR Y VALIDAR	22
INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES.....	25
MEJORAR LA SEGURIDAD	27
APOYAR	32
Preguntas frecuentes	38

Capítulo 3. Atención complementaria de la salud física en casos de agresión sexual	44
3.1. Realice la anamnesis y el examen físico	46
3.1.1. Realice la anamnesis	47
3.1.2. Prepárese para realizar el examen físico y obtenga el consentimiento informado.....	50
3.1.3. Realice el examen físico completo de cabeza a pies, incluyendo el examen genital y anal	52
3.2. Provea tratamiento	56
3.2.1. Trate las lesiones físicas o remita a la mujer al servicio correspondiente	56
3.2.2. Provea anticoncepción de emergencia	57
3.2.3. Prevenga las infecciones de transmisión sexual.....	61
3.2.4. Prevenga la infección por el VIH	64
3.2.5. Elabore un plan de autocuidado de la salud	67
3.3. Seguimiento después de una agresión sexual	69
Capítulo 4. Atención complementaria de la salud mental	76
4.1 Apoyo psicosocial básico	76
4.1.1 Fortalecimiento de las técnicas de afrontamiento positivo de la mujer	77
4.1.2 Recursos de apoyo social disponibles.....	78
4.2 Atención para los problemas de salud mental más graves.....	82
4.2.1 Evaluación del estado mental	82
4.2.2 Trastorno depresivo moderado a grave	84
4.2.3 Trastorno por estrés postraumático.....	91
Anexo 1. Advertencia con respecto a la prescripción de benzodicepinas	95
Anexo 2. Cómo pueden ayudar quienes proveen servicios de planificación familiar	96
Recursos clave	104

Lista de guías prácticas

Cómo hacer preguntas si se sospecha una situación de violencia.....	12
Cómo ayudar a las mujeres a hacer frente a los sentimientos negativos.....	23
Preguntas para evaluar el riesgo inmediato de violencia.....	28
Cómo hacer un plan de seguridad	30
Servicios a los que se puede remitir a la mujer	35
Flujograma de atención en caso de violencia de pareja	43
Lista de verificación para el examen físico	55
Tratamiento de las ITS.....	62
Seguimiento tras una agresión sexual	69
Calendario de pruebas de laboratorio	74
Flujograma de atención inicial tras una agresión sexual	75
Ejercicios para ayudar a reducir el estrés	80
Ejemplo del formulario para la anamnesis y el examen físico	107
Recordatorio de bolsillo	120

Agradecimientos

El presente manual se nutre del trabajo de la 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.

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);
- *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP) El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias* (OPS, OMS, ACNUR, 2015).

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

¿De qué se trata este manual?

El presente manual está dirigido a los prestadores de servicios 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 proveedor de servicios 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 prestadores de servicios de salud—incluso quienes no sean especialistas—pueden ayudar de diversas maneras sencillas a las mujeres que han sufrido violencia; esta 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 los proveedores de salud 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 adolescentes (menores de 18 años) ni de los varones, si bien muchas de las propuestas que contiene también son válidas para dichos grupos.

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 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 como la suegra o el padre.

¿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 las tranquilicen;
- brindar apoyo, y no hacer un diagnóstico, es la función más importante que usted tiene;
- pueden necesitar o no atención física;
- pueden estar preocupadas continuamente por su seguridad;
- pueden requerir remisiones 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 igualdad de género. ¿Qué significa esto en la práctica?

Enfoque basado en los derechos

Los derechos humanos de la mujer están establecidos en los convenios internacionales de derechos humanos y su país seguramente se ha suscrito a muchos de 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;
- **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, casta, orientación sexual, religión, discapacidad, estado civil, ocupación o ideología política;

- **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, casta, orientación sexual, religión, discapacidad u otras características, o bien porque ha sufrido violencia.

Sensibilidad e igualdad 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 específicos, 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 los 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.

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 la dinámica de poderes 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 mujer?

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

Agresión 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.

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.

Violencia física

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

Maltrato emocional y psicológico

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.

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;
- sospechar con frecuencia que ella es infiel;
- impedirle acudir a los servicios de salud sin permiso;
- privarla de dinero para los gastos de la casa.

Agresiones sexuales

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 proveedores de servicios 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;
- embarazos no deseados;
- 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 comportamiento.

La OMS **NO** recomienda que los servicios de salud apliquen el método de detección universal o de indagación sistemática para identificar a las mujeres que han sufrido violencia. Sin embargo, la OMS sí alienta a los proveedores de servicios de salud a mencionar el tema a todas aquellas mujeres que presenten lesiones o trastornos que puedan estar relacionados con la violencia.

¿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.

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 cultura y cada comunidad tienen 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 alguien más con quien 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 15):

- “¿Le tiene miedo a su pareja (o a su esposo)?”
- “¿Alguna vez su pareja (o su esposo) u otra persona con quien conviva 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 proveer 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 prestadores de servicios de salud que atiendan a la mujer en consultas posteriores. Asimismo, documentar las lesiones puede ser 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, algunos establecimientos de salud emplean un código o una marca especial para indicar los casos de maltrato o presunto maltrato.

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.
- Ofrézcale 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

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 usted tenga de ayudar a esta mujer.

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 19 a 37, en las que se describen más a fondo las cinco tareas del apoyo de primera línea. En los flujogramas de las páginas 43 y 75 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 **“ANIMA”** 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:

- 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, explíquela qué información se comunicará y a quién.
- Anímela a que hable y muéstrela 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
<i>Cómo actuar</i>	
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.
<i>Qué actitud adoptar</i>	
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.
<i>Qué decir</i>	
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 se debe hacer y qué no 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 hacerse 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.”
Vergüenza	“No se pierde el honor por lo que ha pasado. Usted vale mucho.”

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

Sentimiento	Posibles respuestas
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 ella 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?”

Técnicas de comunicación	
Principios	Ejemplos
Repita o reformule lo que la mujer diga 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.

Muchas mujeres que han sufrido violencia temen por su integridad. Otras quizá no crean que necesiten un plan para mejorar su seguridad porque no esperan que los maltratos se repitan. 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 integridad. Veamos qué hacer para que no la lastimen”. Se pueden considerar opciones como llamar a la policía y hacer arreglos para que ella no pase esa noche en su casa.

Guía práctica

Preguntas para evaluar el riesgo inmediato de violencia

La mujer que responda afirmativamente al menos a tres de las siguientes preguntas puede correr un riesgo inmediato particularmente alto de sufrir violencia.

- ¿Los maltratos físicos han sucedido con mayor frecuencia o han empeorado en los últimos seis meses?
- ¿Su pareja ha utilizado alguna vez un arma o la ha amenazado con un arma?
- ¿Su pareja ha intentado estrangularla alguna vez?
- ¿Cree que su pareja sería capaz de matarla?
- ¿Su pareja le ha pegado alguna vez estando usted embarazada?
- ¿Su pareja tiene celos violentos y constantes?

Adaptado de Snider (2009).

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 una parroquia).

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 la violencia se desate repentinamente.

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

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.

Propósito

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

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 ofrecérseles 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?

Recursos disponibles

Determine qué recursos y fuentes de ayuda para la mujer están disponibles en la comunidad. Puede ser útil si usted tiene alguna persona de contacto con quien ella pueda hablar en cada servicio al que la remita:

- línea telefónica de asistencia;
- grupos de apoyo;

- centros de crisis;
- servicios de asistencia jurídica;
- servicios de orientación en salud mental;
- servicios de asistencia social;
- servicios de psicología.

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.

Remisión a otros servicios

Con frecuencia las mujeres no acuden a los servicios a los que han sido remitidas. No obstante, siguiendo unos consejos sencillos, usted puede aumentar la probabilidad de que lo hagan y obtengan así la ayuda que necesitan.

Consejos prácticos para las remisiones

- 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 remitan a algún servicio, puede hacerse lo siguiente para facilitarle el proceso:
 - Provéale información sobre el servicio al cual la remite (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 remisiones pueden realizarse a servicios internos o externos.

Es mejor que haya convenios de remisión formales con las entidades correspondientes. De ser posible, estos convenios deben especificar la manera de saber si la mujer ha acudido al servicio al que se ha sido remitida: ¿se pondrá usted en contacto con ellos o ellos se pondrán en contacto con usted?

Cuadro de referencias

Tipo de servicio	Dirección y teléfono	Persona a quien acudir y datos de contacto	Responsable del seguimiento
Casas de acogida/ alojamiento			
Centros de crisis			
Asistencia económica			
Asistencia jurídica			
Grupos de apoyo			

Cuadro de referencias

Tipo de servicio	Dirección y teléfono	Persona a quien acudir y datos de contacto	Responsable del seguimiento
Orientación psicológica			
Atención de salud mental			
Atención primaria de salud			
Guardería			
Otros			

Cuide de sus propias necesidades como prestador de servicios 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 prestadores de servicios de salud sobre el trabajo con mujeres que han sufrido violencia.

“¿Por qué no decirle 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.

“¿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 se gane la vida por su cuenta;
- 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.

“¿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 enoje por algo que ella haga 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 32). Usted podría considerar incluso poner en marcha un grupo comunitario para proveer apoyo confidencial a estas mujeres.

“A nosotros nos enseñaron otra cosa.”

En general se enseña al proveedor de servicios 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 decírselo 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 proveedor de servicios de salud, usted debe conocer lo que dispone la legislación y las condiciones en las cuales existe la obligación de notificar (p. ej., en algunos países es obligatorio notificar los casos de violación o de maltrato

de menores). 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 llore. 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 15 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 alguien a quien respete: puede ser un miembro de la familia, un amigo o un líder religioso. Explique a la mujer que esto debe hacerse con cuidado para evitar que se agrave la situación.

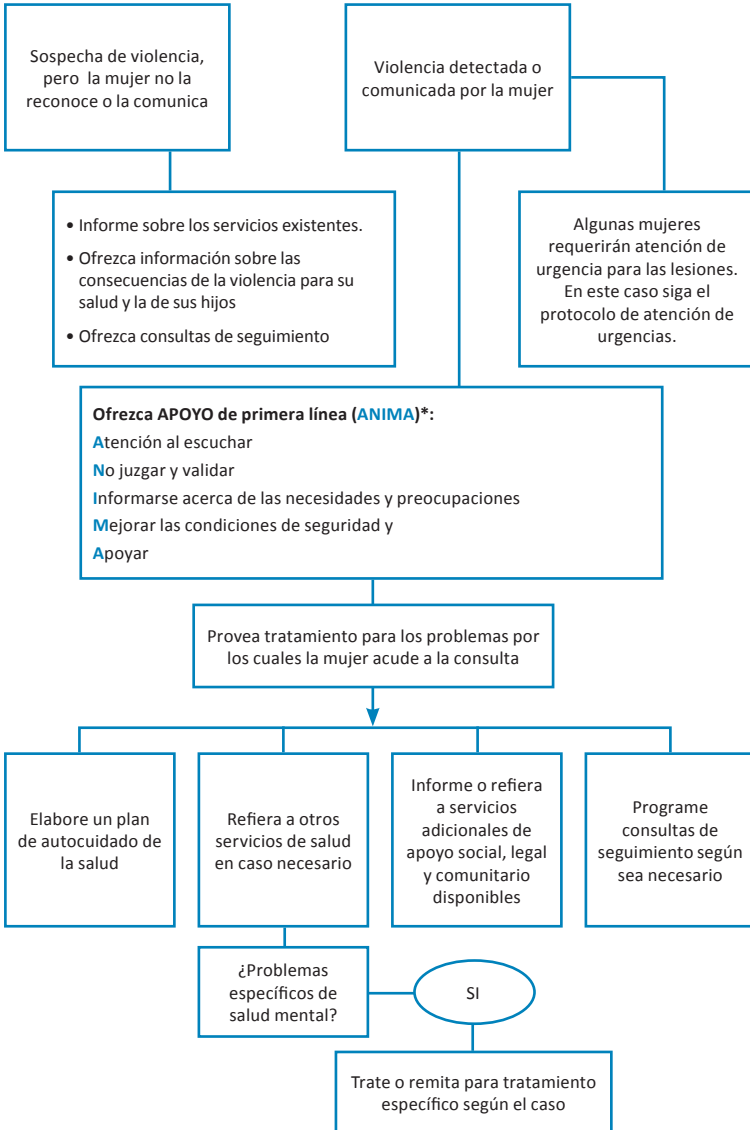
“¿Y si la pareja de la mujer es también un paciente mío?”

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 prestador de servicios 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.
- Según la normatividad jurídica del país, es posible que usted esté obligado a notificar sobre el riesgo a la policía.
- 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.

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 agresión sexual

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

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):

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 46).
2. Trate todas las lesiones físicas (página 56).
3. Proporcione anticoncepción de emergencia (página 57).
4. Prevenga las infecciones de transmisión sexual (ITS) (página 61).
5. Prevenga la infección por el VIH (página 64).
6. Elabore un plan de autocuidado de salud (página 67).

En tercer lugar provea los servicios relacionados con las dos últimos 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 75 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 69 a 73.

“¿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 el apoyo de primera línea (**ANIMA**, página 15);
- ofrecer tratamiento y prevención de las ITS (página 61);
- ofrecer la vacuna contra la hepatitis B (página 63);
- realizar las pruebas de embarazo y del VIH;
- evaluar la salud mental y la atención necesaria según el caso (véase el capítulo 4, página 76.)

3.1. 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.
- Prepararse para realizar el examen físico y obtener el consentimiento informado (página 50).
- Realizar el examen físico completo (página 53).

3.1.1. 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 107 a 119, 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.

a. 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 107 a 119, en el que se proponen algunas preguntas útiles.

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

b. 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.

Cómo preguntar sobre la agresión

- Pida con amabilidad a la mujer que describa brevemente lo ocurrido.

No obligue a la mujer a hablar de la agresión si ella no quiere hacerlo. En todos los casos limite las preguntas a lo indispensable para la atención de salud. No obstante, si claramente la mujer quiere hablar de lo ocurrido, es muy importante escucharla con empatía y permitirle que exprese lo que desee.

- Explíquelo 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 a la policía o que la ley obligue a todo el personal de salud a notificar este tipo de casos.
- Explíquelo 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 solamente 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, explíquelo por qué es necesario conocerlos.

c. Pregunte sobre la historia ginecológica

El formato de examen físico (páginas 107 a 119) incluye también preguntas útiles para indagar sobre este tema.

La finalidad de conocer lo 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.

d. 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.

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

a. Cómo comunicarse antes de realizar el examen físico

- Pida permiso a la mujer para practicar el examen físico y para obtener el consentimiento informado para cada etapa.
- Pregúntele si desea que alguna persona esté presente para apoyarla, como algún familiar o una amiga.
- Si usted es varón, pregúntele si se siente cómoda con que usted la examine. Si no se siente cómoda, busque a una mujer proveedora de servicios de salud para que realice el examen físico.

b. Tenga presente alguien más como observadora

- Asegúrese de que alguien más esté presente durante el examen físico: preferiblemente una prestadora de servicios 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.

c. Obtenga el consentimiento informado

Se debe obtener el consentimiento informado para el examen físico, para el tratamiento y para la entrega de información a terceros autorizados, por ejemplo a la policía o a la autoridad judicial.

- Explique a la mujer que se procederá al examen físico y al tratamiento únicamente si ella está de acuerdo. Además, explíquele 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;
 - entrega de información médica y pruebas a la policía si la mujer desea emprender un proceso judicial.
- 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.
 - Una vez que tenga la certeza de que la mujer ha comprendido el examen y el formulario por completo, pídale que lo firme.
 - Si se requiere, solicite a otra persona que firme el documento en calidad de testigo.

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

- Si la ley obliga a los profesionales de la salud a denunciar el caso a la policía, la mujer debe saberlo.
- Si la mujer quiere acudir a la policía, hay que informarla de que habrá que recoger pruebas forenses e indicarle si hay algún profesional de la salud capacitado para hacerlo.
- Explíquelo en qué consiste la recolección de pruebas forenses.
- Si ella desea que se recojan las pruebas, llame a una persona debidamente entrenada para dicha recolección o remita a la mujer para dicho servicio lo antes posible.

- Si la mujer no ha decidido aún si desea acudir a la policía, las pruebas pueden recogerse y guardarse. Si han pasado más de cinco días desde que se produjo la agresión, es demasiado tarde para recoger las pruebas.
- Si la mujer desea que se recojan las pruebas, llame a un profesional debidamente cualificado o remítala para este fin.
- Aunque no se recojan pruebas forenses, se debe realizar el examen físico completo y documentarlo adecuadamente (véase el formulario de la página 107). 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://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>

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>.

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

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

a. 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, dígame lo que va a hacer y pídale permiso primero.
- Pregúntele con frecuencia si tiene alguna duda, respóndala y pídale permiso para proseguir.

b. 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 55.
- 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 107). 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 114).
- Documente de forma detallada y completa todas las lesiones u otras marcas, ya que pueden constituir importantes pruebas judiciales.

c. 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.

- Indíquelo 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 55.
- 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 107).

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

Bajo ninguna circunstancia se debe realizar la llamada prueba de la virginidad (“prueba de los dos dedos”), ya que no tiene ninguna validez científica.

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

Lista de verificación para el examen físico

Preste atención a:	Busque y documente:
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
--	--

d. Documente los hallazgos y el tratamiento

Es habitual que los prestadores de servicios de salud deban responder a las preguntas de la policía, los abogados o los tribunales sobre las lesiones y hallazgos del examen físico y mental de las mujeres a quienes han atendido. Le será más fácil contestar con precisión si documenta adecuadamente las observaciones y el tratamiento en el formulario correspondiente, si lo hay, o directamente en la historia clínica (páginas 107 a 119).

Las autoridades pueden indagar sobre los siguientes aspectos:

- 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.

3.2. Provea tratamiento

3.2.1 Trate las lesiones físicas o remita a la mujer al servicio correspondiente

Remita 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 (según los protocolos vigentes en el país);
- analgésicos;
- medicamentos para el insomnio (para uso en casos excepcionales).

Precauciones

1. No prescriba rutinariamente benzodiazepinas para tratar el insomnio (véase el anexo 1).
2. No prescriba benzodiazepinas ni antidepresivos para tratar el estrés agudo.

3.2.2 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 anexo 2).

a. Anticoncepción de emergencia

- Generalmente se utilizan dos clases de anticonceptivos de emergencia:
 - **Píldoras con levonorgestrel solamente**
Funcionan mejor y provocan menos náuseas y vómitos que los comprimidos combinados.
Dosis recomendada: 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única.
 - **Píldoras combinadas de estrógenos y progestágenos**
Utilícelos si no cuenta con comprimidos con levonorgestrel solamente.
Dosis recomendada: dos dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de levonorgestrel, cada 12 horas.
- 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.

b. 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. (Veáse anexo 2, página 96).
- 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. No obstante, una prueba de embarazo puede determinar si la mujer ya estaba embarazada y se puede realizar si ella así lo desea.

c. Instrucciones sobre la anticoncepción de emergencia

- **Los anticonceptivos de emergencia deben administrarse cuanto antes.** Deben tomarse dentro de los primeros cinco días siguientes a la agresión sexual, pero su efectividad decrece con cada día que pasa.

- 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 medicamento (como clorhidrato de meclizina) 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 siempre que este procedimiento esté amparado por la ley. Mencione la opción de la adopción si está disponible.

d. El DIU como anticonceptivo de emergencia

- El DIU de cobre también puede colocarse como anticonceptivo de emergencia dentro de los cinco días siguientes a la relación sexual desprotegida.
- Es más efectivo que las píldoras de anticoncepción de emergencia.
- Cuando se utiliza el DIU, debe tenerse en cuenta que después de una violación hay mayor riesgo de ITS (véase anexo 2, página 101).
- El DIU es un método anticonceptivo de larga duración muy efectivo y representa una buena opción para la anticoncepción si la mujer está interesada y si puede colocarse de una vez o ser remitida de inmediato para su colocación.

3.2.3 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, si es común en la zona, 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.
- Administre el tratamiento preventivo contra las ITS de mayor incidencia en la zona (p. ej., el chancro blando).
- Administre los esquemas de tratamiento más cortos contemplados en los protocolos locales o nacionales, ya que son más fáciles de cumplir.

Para referencia futura, llene el cuadro de la página siguiente con las dosificaciones estipuladas en los protocolos locales o nacionales.

Tratamiento de las ITS (rellenar)		
ITS	Medicación	Dosis y horario de toma
Clamidiasis		
Gonorrea		
Tricomoniasis		
Sífilis (si es común en la zona)		
Otras ITS comunes en la zona (rellenar)		

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.

- Use el mismo tipo de vacuna, dosis e intervalos que se utilicen en esa región.
- Puede usarse la vacuna sin inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG).
- Administre la vacuna por vía intramuscular en la parte superior del brazo, a la altura del deltoides.

3.2.4 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.

a. ¿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.

b. 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:

- ¿Qué tan común es el VIH en la zona o en su entorno?
- ¿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 28 días, una o dos veces al día, según el régimen utilizado.
- 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).

c. 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 las directrices nacionales (Se sugiere ver las directrices de la OMS publicadas en el 2014 y el 2016).
- No debe ofrecerse nevirapina por el alto riesgo de toxicidad para las personas VIH negativas.
- Ofrezca la prueba para la detección del VIH en la primera consulta.

- Repita la prueba del VIH a los tres o seis meses, o en ambos momentos.
- Si la prueba del VIH resulta positiva, remita a la mujer para que reciba tratamiento y atención para la infección por el VIH.

d. 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.

3.2.5 Elabore un plan de autocuidado de la salud

a. 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.

b. 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.

c. Prevención de las ITS

- Explique a la mujer cuáles son los signos y los síntomas de las ITS, incluido el VIH, y recomíéndele que acuda de nuevo para recibir tratamiento en caso de presentar alguno de ellos.
- Solicite a la mujer que se abstenga de mantener relaciones sexuales hasta haber terminado todos los tratamientos y la profilaxis contra las ITS. Recomíéndele 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 de los tres o seis meses.

d. Seguimiento

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

3.3. 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 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. Si el aborto es legal y ella así lo quiere, ofrézcale remisión a servicios de aborto. Mencione además la opción de la adopción. 	<input type="checkbox"/>

Seguimiento a las 2 semanas		
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud. 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> 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, páginas 76 a 94) 	<input type="checkbox"/>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> 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 a los tres y seis meses para la prueba del VIH, o bien que acuda a consultas de seguimiento con su prestador de servicios de salud habitual. 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Pídale que regrese para seguimiento 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. 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Programe la próxima consulta de seguimiento para un mes después de la agresión. 	<input type="checkbox"/>

Seguimiento al mes		
ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, administre la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Recuerde a la mujer la dosis de los seis meses. 	<input type="checkbox"/>
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud. 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • 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"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4 (páginas 76 a 94), que explica cómo proceder desde la atención primaria. Si es posible, remítala para atención especializada con un proveedor entrenado específicamente y que conozca bien los casos de violencia sexual. 	<input type="checkbox"/>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programe la próxima consulta de seguimiento tres meses después de la agresión. 	<input type="checkbox"/>

Seguimiento a los tres meses		
ITS	<ul style="list-style-type: none"> Ofrezca la orientación y la prueba del VIH. Para esto, refiera a la mujer a un servicio de prevención, tratamiento y atención del VIH, asegurándose de que dicho servicio cuenta con un programa de orientación previo y posterior a la prueba del VIH. 	<input type="checkbox"/>
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud. 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> 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"/>
	<ul style="list-style-type: none"> En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4 (páginas 76 a 94), que explica cómo proceder desde la atención primaria. Si es posible, remítala para atención especializada con un proveedor entrenado específicamente que conozca bien los casos de violencia sexual. 	<input type="checkbox"/>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Programe 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

<p>ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca la orientación y la prueba del VIH. Refiera a la mujer a un servicio de prevención, tratamiento y atención del VIH, asegurándose de que dicho servicio cuenta con programa de orientación previo y posterior a la prueba de VIH. Si es necesario, administre la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B. 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continúe con el apoyo de primera línea “ANIMA” y la atención de salud. 	<p><input type="checkbox"/></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe el estado emocional y mental de la mujer. Si refiere algún problema nuevo o persistente, gestione apoyo psicosocial y manejo del estrés. 	<p><input type="checkbox"/></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de depresión, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático, véase el capítulo 4 (páginas 76 a 94), que explica cómo proceder desde la atención primaria. Si es posible, remítala para cuidado especializado con un proveedor entrenado específicamente que conozca bien los casos de violencia sexual. 	<p><input type="checkbox"/></p>

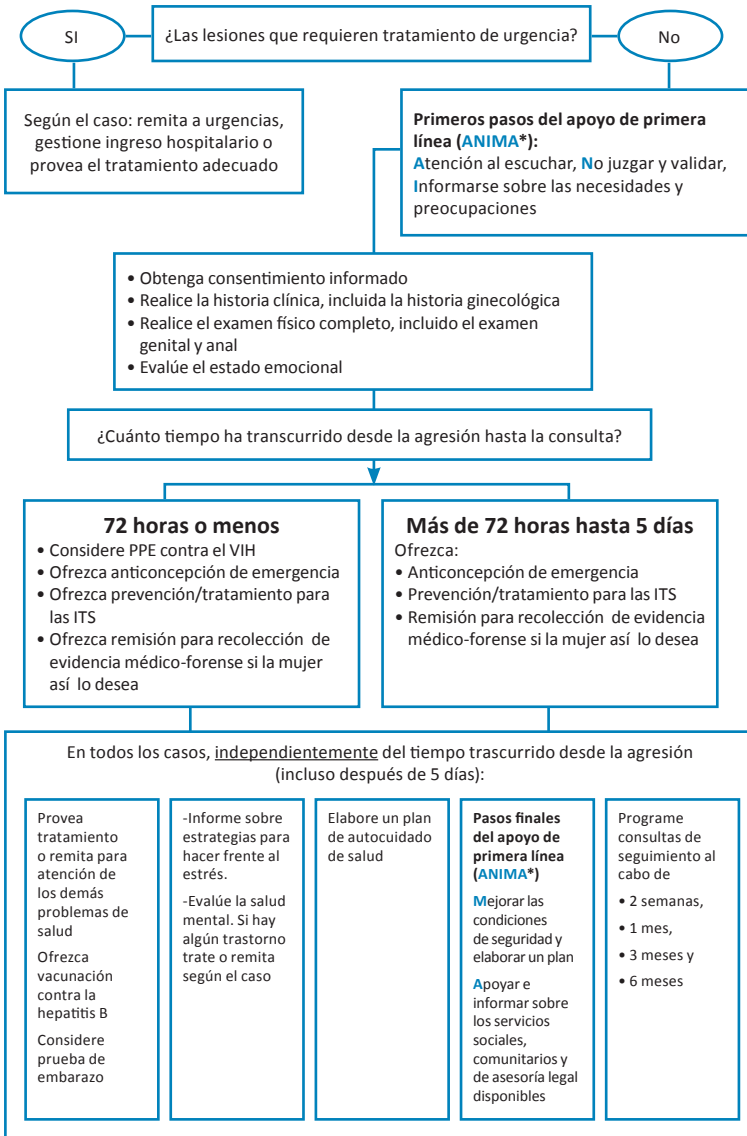
Calendario de pruebas de laboratorio

Prueba	Calendario de pruebas	
	Prueba inicial	Repetición
Embarazo	A las dos semanas	No
Clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis	A las dos semanas	No
Sífilis	A las dos semanas	A los 3 meses
VIH	En la primera consulta si la mujer está dispuesta*	A los 3 y 6 meses
Hepatitis B	En la primera consulta**	No

* Si la mujer resulta positiva para el VIH en la primera 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 más detalle 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 proveedores de servicios de salud de primer nivel pueden llevar a cabo para ayudar a las mujeres a manejar sus dificultades.

4.1. Apoyo psicosocial básico

Después de una agresión sexual, puede bastar con un apoyo psicosocial durante uno a tres meses, sin dejar de realizar al mismo tiempo controles de seguimiento para detectar problemas de salud mental de mayor gravedad.

- Ofrezca el apoyo de primera línea en cada consulta (véase la página 15).
- Explique a la mujer que probablemente se sentirá mejor a medida que pase el tiempo.
- Ayúdela a fortalecer sus técnicas de afrontamiento positivo (véase la siguiente página).

- Explore la disponibilidad de recursos de apoyo social (véase la siguiente página).
- Enséñele y muéstrelle cómo se hacen los ejercicios de manejo del estrés. (Véanse las páginas 80 y 81. 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.

4.1.1. 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.

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.

Aliéntela a que acuda de nuevo a la consulta si estas sugerencias no la ayudan a sentirse mejor.

4.1.2. 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 aisladas 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 religiosas), y anímela a que participe.

Actúe en colaboración con trabajadores sociales, coordinadores de casos u otras personas de confianza de la comunidad para poner a la mujer en contacto con recursos de apoyo social, como por ejemplo:

- 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.

4.2. Atención para los problemas de salud mental más graves

4.2.1. Evaluación del estado 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. Véase la página 84, 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

Riesgo inminente de suicidio y autolesión

Algunos prestadores de servicios 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,
-
- 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 remita a la mujer de inmediato a un especialista o al servicio de urgencias.

4.2.2. 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.

a. 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)?

- A. 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).
- B. 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 tal caso, consulte a un especialista.

- C. 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.

b. Manejo de los trastornos depresivos moderados a graves

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 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 la asalte. Dígale que si advierte estos pensamientos, no les haga caso, que le cuente a una persona de confianza y regrese de inmediato en busca de ayuda.

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

Véanse las páginas 77 y 80.

Si se dispone de terapeutas capacitados que trabajen bajo supervisión, considere remitir a la mujer para alguno de los tratamientos psicológicos breves contra la depresión, siempre que estén disponibles:

- orientación para la solución de problemas;
- terapia interpersonal;
- terapia conductual cognoscitiva;
- activación conductual.

Considere la prescripción de antidepresivos

Recete antidepresivos únicamente si usted está debidamente capacitado para hacerlo.

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/

Consulte a un especialista:

- 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 84).

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 remitir a la mujer si no se observa ninguna mejoría.

4.2.3. 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.

a. 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.

b. Manejo del TEPT

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.

Fortalezca el apoyo social y enseñe técnicas de manejo del estrés

Véanse las páginas 77 y 80.

Si se dispone de terapeutas capacitados y que trabajen bajo supervisión, considere remitir para:

- terapia conductual cognoscitiva, individual o grupal, con énfasis en trauma;
- terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares.

Consulte a un especialista (si lo hay)

- 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 84).

Seguimiento

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

Anexo 1

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 2

La violencia de pareja y la anticoncepción: ¿Cómo pueden ayudar quienes proveen servicios de planificación familiar?

La violencia de pareja con frecuencia interfiere con el bienestar y la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres.

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 15 a 37) para proveerle atención y apoyo de primera línea.

Usted puede sospechar que una mujer que acude a su consulta de planificación familiar 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 embarazos no deseados y/o solicitudes de terminación voluntaria del embarazo
- Insistir en revertir la ligadura de trompas

¿Qué es la coerción reproductiva¹?

Se denomina “coerción reproductiva” a los comportamientos ejercidos por la pareja 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.

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?
Rehusarse a recibir asesoría sobre anticoncepción	Nosotros ofrecemos rutinariamente asesoría sobre planificación familiar 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?
Insistir en hacerse la ligadura de trompas	Si bien la ligadura de trompas es un método anticonceptivo que se ofrece de rutina, ¿hay alguna razón particular por la cual usted está solicitando 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?
Mostrarse ansiosa o deprimida	Usted parece estar muy triste y eso me preocupa. ¿Hay algo que pueda hacer para ayudarla?

Situación	Preguntas ilustrativas
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 proveedor de servicios de planificación familiar 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.

1 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.

Si la mujer quiere un método anticonceptivo con el cual su pareja no pueda interferir fácilmente, se pueden considerar²:

- **Anticonceptivos inyectables.** Los anticonceptivos inyectables intramusculares no dejan señales en la piel. Después de un tiempo, los inyectables de 2 y 3 meses con frecuencia detienen los períodos menstruales. Esto podría representar un problema si la pareja lleva el control de los períodos. Por el contrario, los inyectables mensuales hacen que los ciclos menstruales sean más regulares. Informe a la mujer que este tipo de anticonceptivos requiere seguimiento regular.
- **Acetato de medroxiprogesterona de depósito por vía subcutánea** (AMPD-SC, 104 mg/0.65 ml). Este es un nuevo método añadido por la OMS a sus criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos (CME) del 2015³. Este método es altamente efectivo y tiene el mismo perfil del AMPD para uso intramuscular. También requiere visitas de seguimiento regulares.
- **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.

2 Los países pueden adaptar esta sección dependiendo de los métodos modernos que se utilicen comúnmente.

3 Para más información en este tema, véase: Organización Mundial de la Salud (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición. Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- **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 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 proveedores de servicios de salud deben tomar en cuenta la prevalencia y el riesgo individual de ITS y de infección por el VIH para determinar juiciosamente si el DIU debe colocarse o continuarse. Usualmente los DIU no requieren seguimiento regular.

Es muy importante clarificar que los métodos anticonceptivos mencionados anteriormente **NO protegen contra las ITS ni la infección por el VIH**. Provea información a la mujer y ofrézcale remisión 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

Cuando 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. Del mismo modo, es muy importante que recomiende insistentemente la doble protección, ya sea por medio del uso simultáneo del condón y otro método anticonceptivo, o por medio solamente 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 reiterada siempre a todos los hombres y mujeres que acuden para asesoría sobre anticoncepción. Por lo tanto, 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, aunque son efectivos y seguros, no son usados tan ampliamente en los programas nacionales como los condones masculinos.

Anticoncepción de emergencia (véase capítulo 3, página 57)

- **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. En el 2015, la OMS añadió las píldoras de acetato de ulipristal a la lista de métodos para la anticoncepción de emergencia, aunque son usualmente más costosas que las píldoras mencionadas antes y no están incluidas aun en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. 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. 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).
- **Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal (con LNG) o de cobre.** Colocado dentro de los primeros 5 días posteriores a una relación sexual sin protección, el DIU puede ser usado como método anticonceptivo de emergencia. En este caso, la iniciación del DIU debe seguir las mismas indicaciones que cuando es iniciado como método anticonceptivo regular.

Recursos clave

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

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

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.saf aids.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 (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 antiretroviral 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

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>

Organización Panamericana de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias.* Geneva: Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28418>

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/WHORHR13_10_esp.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%3Apaltex-mental-health-manual-primary-care-workers-chapter-6-domestic-violence-&catid=1505%3Aabout-us&Itemid=1519&lang=en

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.

CONFIDENCIAL

Historia clínica no.: _____

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 ____ / ____ / ____ DD MM AA		En presencia de:	

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
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

Fecha en que se produjo la agresión: ____ / ____ / ____ DD MM AA		Hora:
¿Puede relatar lo que sucedió?		
¿Le había ocurrido algo parecido antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿cuándo? ____ / ____ / ____ DD MM AA		
¿Fue la misma persona quien la agredió esta vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Violencia física	Describir tipo y ubicación en el cuerpo	
Tipo (golpes, mordeduras, tirón del pelo, estrangulación, etc.)		
Uso de mordazas		
Uso de algún arma		
¿La situación involucró drogas o alcohol?		

Penetración	Sí	No	No está segura	Tipo (bucal, vaginal, anal)
Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Acciones después de la agresión				
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 puso un tampón o una toalla higiénica?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

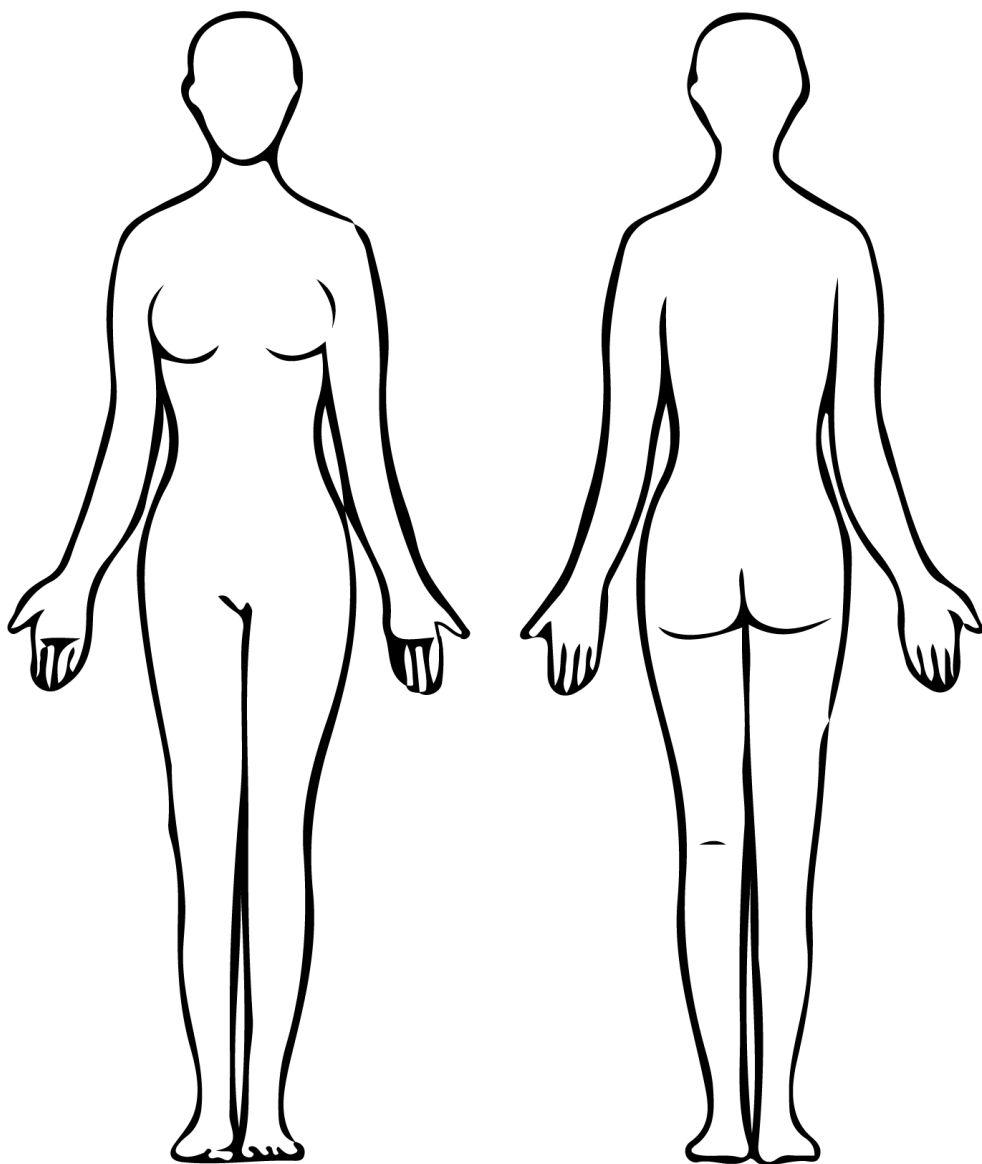
4. HISTORIA GINECOLÓGICA

<p>¿Utiliza algún método anticonceptivo?</p> <p><input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Esterilización</p> <p><input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Preservativos</p> <p><input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Implante</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>¿Estaba usándolo cuando se produjo la agresión?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Menstruación y embarazo</p>
<p>¿Cuándo comenzó su última menstruación?</p> <p>_____ / _____ / _____</p> <p>DD MM AA</p> <p>¿Estaba menstruando en el momento de la agresión?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Cree usted que puede estar embarazada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, de cuánto tiempo: _____ semanas</p> <p>¿Ha estado embarazada alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuánta veces? _____ embarazos</p>
<p>Antecedentes de relaciones consentidas o permitidas (Únicamente si se recogen muestras para el análisis de ADN en caso de agresión)</p>
<p>¿Cuándo tuvo relaciones sexuales con su consentimiento o permiso por última vez?</p> <p>_____ / _____ / _____</p> <p>DD MM AA</p> <p>¿Con quién? (p. ej.: pareja, novio, desconocido)</p>

5. EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA DE CABEZA A PIES

Peso	Talla	Estadio puberal (prepuberal, puberal, maduro)	
Pulso	Presión arterial	Frecuencia respiratoria	Temperatura
<p>Hallazgos físicos 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	

Use estas ilustraciones para localizar las lesiones



6. EXAMEN GINECOLÓGICO (GENITAL Y ANAL)

Vulva	Introito e himen	Año	
Vagina	Cuello uterino	Examen bimanual:	¿Hay indicios de mutilación genital femenina? (si procede) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Examen rectovaginal:	En caso afirmativo, describa:
<p>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)</p>			
Para la inspección genital		Para la inspección anal	

7. ESTADO MENTAL

Apariencia (¿Ropa y pelo ordenados o desordenados? ¿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 regresan 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	Fecha en que se obtuvo la muestra o del envío 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"/>	

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



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?”

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?”

<p>Atención al escuchar</p> <p>No juzgar y validar</p> <p>Informarse sobre las necesidades y preocupaciones</p> <p>Mejorar la seguridad</p> <p>Apoyar</p>	<p>Escuche atentamente y con empatía</p> <p>Muestre que le cree, que la comprende y que no la juzga</p> <p>Identifique y responda a sus necesidades y preocupaciones: emocionales, físicas, sociales y prácticas.</p> <p>Hable sobre cómo protegerla de más daños</p> <p>Póngala en contacto con servicios y apoyo social</p>
--	---

