profamilia

Protocolo para la Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia Basada en Género

República Dominicana
2020

Protocolo para la Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia Basada en Género

Santo Domingo, Rep. Dom.
Diciembre 2020.-

Una publicación de Profamilia.

Coordinadora Técnica:
Dra. Mirna Jiménez De la Rosa, consultora

Diagramación y diseño de portada:
Vishnu R. Almonte H.

Impresión:
Editora Vimont, srl.

Primera edición (2020)
300 ejemplares

La elaboración y publicación de este Protocolo para la Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia Basada en Género es un aporte del consorcio en "Respuesta integral ante la violencia contra las mujeres y las adolescentes en Santo Domingo a través de la prevención, la atención y el fortalecimiento de redes sociales para la protección de sus derechos, constituido por la Fundación Cideal De Cooperación E Investigación (CIDEAL), Mujeres en Desarrollo Dominicana (MUDE) y Profamilia, con la financiación del Ayuntamiento de Madrid. El Ayuntamiento de Madrid, no comparte necesariamente las opiniones presentadas. La responsabilidad de los contenidos es únicamente de los autores,as.

CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 7
2 ÁMBITO DE APLICACIÓN 8
3 OBJETIVOS 8
3.1 Objetivo general 8
3.2 Objetivos específicos: 8
4 BASE LEGAL6 9
4.1 Instrumentos Jurídicos Internacionales 9
4.2 Legislación Nacional 9
4.3 Documentos normativos del sector salud 10
5 CONCEPTOS BÁSICOS VINCULADOS A VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO 10
6 GENERALIDADES DEL SERVICIO 21
6.1 Descripción 21
6.2 Competencias que deben tener los recursos humanos que laboran con mujeres en situación de VBG. 22
6.3 Detección y registro de mujeres en situación de violencia basada en género 23
6.4 Atención integral en salud según tipos de violencia 23
6.5 Referencia y contrarreferencia en salud y otros sectores 23
6.6 Competencias que deben tener los recursos humanos que laboran con mujeres en situación de VBG. 24
7 GESTIÓN DE LOS SERVICIOS 24
7.1 Respecto a los recursos humanos 24
7.2 El ambiente como apoyo para la detección 26
7.3 Orientaciones para la prestación de servicios de atención a mujeres en situación de Violencia Basada en Género 27
7.4 Rol del personal en el marco de la detección y atención integral a mujeres en situación de Violencia Basada en Género 24
7.5 Del equipo multidisciplinario 30
7.6 Rutas internas de atención 30
8 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN SANITARIA 39
8.1 Protocolo General de Actuación para la Atención en Violencia Basada en Género 39
8.2 Protocolo de Atención Psicológica en Caso de Violencia Basada en Género 44
8.3 Protocolo de Actuación ante Mujeres en Situación de Violencia Física 48
8.4 Protocolo de Actuación ante Mujeres en Situación de Violencia Sexual 49
9 HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN 65
9.1 Evaluación del nivel de riesgo o peligrosidad 65
9.2 Plan de Seguridad de la Mujer 66
9.3 Alternativas para reducir el riesgo durante el seguimiento 67
9.4 Respecto a la certificación médica 67
10 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS 68
10.1 Monitoreo 69
10.2 Estrategias de supervisión 70
11 GLOSARIO 71
12 BIBLIOGRAFIA 73
13 ANEXOS 75

1. INTRODUCCIÓN

La misión de Profamilia está estrechamente vinculada a la defensa de los derechos humanos, el derecho a la salud y la transformación social en busca de la igualdad entre mujeres y hombres. La violencia basada en género (VBG) contra las mujeres es un problema social y de salud pública en que se conjugan todos los aspectos anteriores constituyendo, desde hace décadas, un imperativo para Profamilia trabajar para su erradicación y, mientras, aportar para poner un freno a la violencia existente y contribuir a la restitución de los derechos de las mujeres que viven en situación de violencia en la República Dominicana.

La respuesta a la VBG implica el desarrollo de un sistema integral de prevención, protección y sanción con un enfoque multidisciplinario e intersectorial. Desde Profamilia se ha trabajado hombro con hombro con el movimiento feminista, la Sociedad Civil y el Estado dominicano para hacer realidad ese sistema. Si bien son muchos aún los desafíos, el esfuerzo ha dado diversos frutos como resultado de la incidencia política, de las acciones de promoción de la igualdad de género, de prevención de la VBG y de la atención integral a mujeres sobrevivientes. Esos frutos han merecido el reconocimiento del trabajo realizado llevando a que Profamilia fuera la representación de la Sociedad Civil en la Comisión Presidencial designada en el período de gobierno de Danilo Medina 2016-2020 para la redacción del proyecto de ley que pretende optimizar hacia ese ideal brevemente descrito, el actual marco legal que nos aporta la ley 24-97 sobre violencia intrafamiliar.

Profamilia fue pionera en articular una respuesta desde el sector salud para la atención integral a mujeres sobrevivientes de violencia basada en género en sus clínicas institucionales. El primer protocolo institucional para la detección y atención de la violencia intrafamiliar y contra la mujer constituyó una herramienta vanguardista y pionera que fue inspiración para el Protocolo Nacional que instituyó el Ministerio de Salud Pública.

Haciendo las preguntas de detección, además de ayudar a las usuarias en la búsqueda de respuestas y alternativas para salir de su situación, el protocolo contribuyó en su momento al mejoramiento de los programas institucionales y los hizo más eficientes. La experiencia acumulada tanto por Profamilia como por la comunidad internacional, hizo necesario la actualización del protocolo institucional. Validando el quehacer en materia de atención integral en salud a mujeres en situaciones de violencia con la mejor evidencia científica disponible, así como con las buenas prácticas desarrolladas por las Clínicas Institucionales y sus diversos servicios.

Esta tercera edición del protocolo es el resultado de un trabajo colectivo que valoriza el conocimiento acumulado por el personal de Profamilia que día a día hace frente a la compleja situación de las mujeres que viven violencia basada en género en la República Dominicana.

Este documento se divide en 5 secciones:

1. Marco teórico y base legal.
2. Gestión y descripción de los servicios, perfil y roles del personal institucional de cara a la atención a la VBG.
3. Protocolo de detección y protocolos atención según tipo de VBG.
4. Herramientas para la atención.
5. Monitoreo y evaluación de la calidad de la atención

El presente protocolo además de estandarizar la atención clínica, fortalece los aspectos de gestión del proceso de atención integral a las mujeres en situación de VBG y profundiza en la dinámica de gestión de la calidad de los servicios.

Pretendemos que este protocolo sirva como una herramienta útil de trabajo y consulta para las y los profesionales que tengan que intervenir frente a situaciones de violencia contra la mujer y para contribuir a que Profamilia continúe prestando servicios de alta calidad en la República Dominicana.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo es de aplicación y uso general en todas las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia. Su cumplimiento tiene carácter obligatorio para todo el personal que provee atención o trabaja en labores de apoyo en las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional, el cual debe seguir las pautas del servicio de detección y manejo de los casos de violencia.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Proporcionar al personal los criterios para la detección, en mujeres, de la violencia basada en género y para el manejo adecuado y oportuno con una visión integral y humanizada desde una perspectiva de género, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y seguridad de las sobrevivientes por una futura vida libre de violencia.

3.2 Objetivos específicos:

1. Detectar y registrar la historia de violencia basada en género de mujeres que acuden a servicios de salud, como parte del expediente clínico.
2. Aplicar la hoja de historia de violencia a todas las usuarias que acuden a las clínicas y la Unidad de apoyo emocional tanto en su primera visita como de forma periódica en visitas subsecuentes.
3. Proveer atención oportuna, confidencial, respetuosa y humanizada a las mujeres sobrevivientes de VBG para la prevención de la profundización del daño que provoca la agresión.
4. Tratar las secuelas psicológicas y físicas del maltrato.
5. Respetar la autonomía de la mujer.
6. Contribuir a que la mujer sobreviviente identifique a quien comete la agresión como responsable del abuso.
7. Reconocer el abuso como una violación a los derechos humanos.
8. Ayudar a la persona sobreviviente a elaborar un plan de seguridad.
9. Prevenir embarazos forzados producto de relaciones sexuales no consentidas.
10. Ofrecer profilaxis post exposición al VIH y otras ITS en sobrevivientes de violaciones sexuales recientes.
11. Contribuir a la detección y atención de niños, niñas y adolescentes en situación de violencia.

4. BASE LEGAL

4.1 Instrumentos Jurídicos Internacionales

Desde el punto de vista jurídico este protocolo está sustentado , en normativas internacionales basadas en las diferentes Cumbres Mundiales tales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, llamada también Convención Belem do Pará. Ambas fueron ratificadas por el Congreso Nacional, por lo que los instrumentos legales y reglamentos que rigen el tema de la violencia deben estar basados en sus disposiciones resultantes.

Por otro lado también se apoya en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Convención Americana de los Derechos Humanos (1969); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, septiembre de 1994; la IV Conferencia a Favor de la Mujer en Beijing, China, septiembre de 1995; y Beijing + 5 (2000); Beijing + 10 (2005) y Beijing + 15 (2010).

4.2 Legislación Nacional

Las leyes nacionales que sustentan la base legal del protocolo son:

- Constitución de la República Dominicana en su artículo 42.
- Ley 24-97 que modifica el Código Penal y sanciona la violencia contra la mujer, doméstica e intrafamiliar.
- Ley 352-98 sobre protección de adultos mayores.
- Ley 42-00 ley general sobre discapacidad.
- Ley 42-01 ley General de Salud.
- Ley 87-01 sobre Seguridad Social.
- Ley 88-03 que instituye las Casas de Acogida o Refugios.
- Ley 136-03, Código de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Ley 137-03 sobre Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de personas.
- Ley 135-11 sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Aspectos fundamentales de algunas de estas leyes

La **Ley 24-97** impone programas de atención para víctimas y de orientación para toda la familia, así como programas terapéuticos para agresores.

El **Artículo 309-6** de dicha ley se refiere a la Orden de Protección que se establece en el Artículo 309-4, que incluye: orden de internamiento de la víctima en lugares de acogida o refugio a cargo de organismos públicos o privados; orden de suministrar servicios de atención a la salud y de orientación para toda la familia a cargo de organismos públicos o privados; orden de indemnizar a la víctima de la violencia, sin perjuicio de las acciones civiles que fueren de lugar, por los gastos legales, tratamiento médico, consejos psiquiátricos y orientación profesional, alojamiento y otros gastos similares.

En los casos en que la sobreviviente sea una adulta mayor, una niña, un niño, un o una adolescente o que se tratase de una mujer con discapacidad, se deberá recurrir de forma más acelerada a un/a profesional del área de la salud en el proceso de intervención, incluyendo psicología, para que éste/a le proporcione la ayuda correspondiente al hacer las declaraciones y planteamientos necesario para

poder identificar a la persona victimaria. En caso de fallecimiento de la víctima, puede intervenir un/a psicólogo/a forense, quien recreará la personalidad de la víctima y su situación de violencia para el proceso legal.

En el caso de maltrato a niñas, niños y adolescentes, la Ley 136-03 especifica que todos los/as profesionales o funcionarios/as (como médicos/as, pediatras, maestros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, agentes del orden público y directores/as y funcionarios/as del Centro de cuidado, observación o protección y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes) que, en el desempeño de sus funciones tuvieren conocimientos o sospecha de una situación de maltrato de niñas, niños y/o adolescentes, están obligados a informar sobre estos casos..

La Ley 135-11 en su artículo 27, trata sobre la profilaxis post-exposición o la administración de medidas preventivas para evitar la exposición al virus del VIH, tanto ocupacional como no ocupacional, mediante el tratamiento antirretroviral por un espacio de 28 días.

4.3 Documentos normativos del sector salud

En su rol rector del sector salud el Ministerio de Salud Pública ha puesto en vigencia documentos para regular el rol de las instituciones de servicios de salud respecto al tema de interés de este protocolo, a partir del reconocimiento de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública. Los documentos vigentes a la fecha son:

- Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer (2010)
- Normas Nacionales de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar y Violencia Contra la Mujer (2011)
- Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en República Dominicana (2017)
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Física contra Niños, Niñas y Adolescentes (2017)
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes (2017)
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Psicológica, Emocional y Negligencia en Niños, Niñas Y Adolescentes (2017)

5. CONCEPTOS BÁSICOS VINCULADOS A VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Para una mejor comprensión de la violencia basada en género, es importante tomar en cuenta algunos conceptos y definiciones.

Género: "Es una construcción cultural, social e histórica que sobre la base biológica del sexo determina normativamente lo masculino y lo femenino en la sociedad" (CEPAL).

Violencia Basada en Género (VBG) El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (2017) la define como un término amplio para cualquier acto dañino perpetrado contra la voluntad de una persona, basado en diferencias sociales (es decir, género) entre lo masculino y lo femenino.

Violencia contra la Mujer (VCM)

La Organización de las Naciones Unidas (1993) definió la violencia contra la mujer como "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un

daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Abarca la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra." (Art.1 de la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer", Naciones Unidas, Conferencia de Viena 1993).

La Federación Internacional de Planificación Familiar (en inglés International Planned Parenthood Federation, IPPF) (2010) afirma que las Naciones Unidas, al referirse a la violencia contra la mujer como "violencia basada en género", destacaron la necesidad de comprender la violencia contra la mujer dentro del contexto del estatus de subordinación en que viven las mujeres y las niñas dentro de la sociedad.

Es esta desigualdad entre el hombre y la mujer la que termina generando violencia contra la mujer, siendo el principal factor desencadenante el único hecho de ser mujer y de vivir en una sociedad en donde al hombre se le enseña a ejercer poder y usarlo como forma de control. A esto hay que sumarle las experiencias personales sobre violencia que como individuo, se va alimentando en una cultura de violencia, en el ambiente que nos rodea, la sociedad, los medios de comunicación entre otros.

En este sentido hay que entender a la violencia de género como un problema social y no individual, teniendo su origen en una relación basada en la desigualdad de un género hacia el otro y colocando sobre todo a la mujer en una situación de vulnerabilidad.

En la República Dominicana, al igual que en los demás países de la región, la VCM y la VIF están relacionadas básicamente a las relaciones de desigualdad entre el hombre y la mujer, porque todavía predomina una sociedad básicamente patriarcal, en donde este tipo de actos son considerados como "normales ".

La última encuesta demográfica y de salud de la República Dominicana mostró que tres de cada diez mujeres habían sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, esposo o ex pareja. También se observó que hubo un incremento en relación a la encuesta anterior.

TIPOS DE VIOLENCIA

Violencia Doméstica o Intrafamiliar:

El abuso físico, psicológico, sexual y/o económico de una mujer por parte de su pareja o expareja(s) u otra(s) personas dentro del hogar o familia.

Bajo la denominación de violencia intrafamiliar se pueden englobar diferentes formas de abuso o negligencia, tanto en relación a los cónyuges como al abuso infantil, abuso a personas de edad avanzada, la violencia entre hermanos(as) y también incluye la que se ejerce entre parejas del mismo sexo que tienen una relación sexo-afectiva.

La Violencia contra la Mujer y la Violencia Intrafamiliar tienen su origen en factores multifactoriales,

pero su causa primordial radica en la desigualdad que existe entre mujeres y hombres, que determina la forma como se dan las relaciones de poder impuestas por la cultura y que afecta especialmente a las mujeres, niñas(os), ancianos(as) y personas con discapacidad y que es de consecuencias muchas veces trascendentales porque se reduce o aniquila la capacidad física, mental y social de sus víctimas.

Violencia verbal: (Ayala Cuadrado, 2017, p. 28)

Este tipo de violencia se refiere a los actos en que se utiliza una forma de comunicación oral agresiva e hiriente, a través de la cual se expresa lo que se siente y piensa de forma dañina y ofensiva, tendiendo a humillar a la otra persona y a culpabilizar, como forma de obtener más poder. En este tipo de proceso comunicativo, no se da espacio al diálogo o a la negociación, pues sólo se impone un pensamiento u opinión sobre el de la mujer, menospreciando, humillando y descalificando sus actuaciones, reflexiones, gustos o apariencia, imponiendo un solo criterio que es el del agresor. La violencia verbal, guarda una estrecha relación con la violencia psicológica y social; Elena Ayala plantea que se trata de una relación de reciprocidad.

Violencia emocional/ psicológica:

Es todo acto que tiene como fin destruir la autoestima de la víctima y degradarla como ser humano, limitando o negando los estímulos que le producen bienestar. Se manifiesta de maneras muy diversas: humillación, explotación, intimidación, degradación psicológica, agresiones verbales, vigilancia constante, aislamiento, celotipia, amenazas y privación de la libertad o de derechos.

Signos y síntomas:

- Sentimientos de soledad y desamparo
- Baja autoestima
- Encierro en sí misma
- Tristeza
- Angustia
- Ansiedad
- Depresión
- Irritabilidad
- Aislamiento
- Introversión
- Pasividad
- Problemas con la toma de decisiones
- Autoculpabilidad
- Alteraciones bruscas del comportamiento
- Falta de sueño
- Falta de apetito.

Violencia física:

Es una acción u omisión que directa o indirectamente tiene como objetivo causar daño, sufrimiento físico, o la muerte. Ejemplo: golpes, mutilaciones, estrangulamiento, halar alguna parte del cuerpo,

quemaduras, empujones, el uso de armas, encierro domiciliario, entre otros.

Signos y síntomas:

- Lesiones en el cuerpo como equimosis (moretones), contusiones, hematomas, fracturas
- Lesiones en los genitales, como desgarros en el introito, vagina o región perianal
- nfecciones de transmisión sexual a repetición
- Problemas crónicos de salud
- Trastornos del sueño
- Aborto, amenaza de aborto o parto prematuro
- Dolor pélvico crónico.

Violencia sexual:

Es cualquier acción que lesiona el derecho voluntario de su sexualidad e implica una amplia gama de acciones, es decir, que no se limita sólo al acto del coito. La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud en el resumen del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del 2002 precisa que "La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, ***como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas,*** las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las ***inspecciones obligatorias de la virginidad."*** (p.21)

Se le denomina degradación sexual a actos de violencia tales como tratar de que la mujer realice actos sexuales en contra de su voluntad; intentar tener actividad sexual cuando ella no está totalmente consciente, no se le pregunta o tiene miedo a negarse; producirle daño físico durante la relación sexual, o bien lesionar sus genitales, incluyendo la penetración del pene, el uso de otros objetos o armas de manera intravaginal, oral o anal; obligarla a tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva o contra enfermedades de transmisión sexual; criticarla y utilizar palabras sexualmente degradantes, obligarla a observar material pornográfico.

El manejo de la violencia sexual tiene determinadas particularidades las que ameritan ser tratadas de forma independiente. La inequidad social y la violación a los derechos humanos que viven las mujeres que sufren violencia sexual, aumentan la morbilidad y mortalidad sobre todo en el área reproductiva.

Dentro de la amplia gama de formas de agresión a que puede estar sometida una mujer, la violencia sexual es una de las formas de violencia que tiene más repercusión, a veces no detectable a corto y largo plazo en la salud física y mental de la mujer que la padece.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2013), en la República Dominicana más de un tercio de las mujeres alguna vez casadas o unidas, han vivido alguna experiencia de violencia. La proporción de las mujeres de 15 a 49 años alguna vez casadas o unidas que han sido violentadas sexualmente se mantuvo en 10 por ciento, con la alarmante situación de que las mismas expresaron que el agresor fue su último esposo o compañero (61%). En segundo lugar el actual esposo o compañero (21%) y en tercer lugar un pariente político (5 %).

Según la ENDESA (2007), entre las mujeres nunca casadas o unidas quien cometió la agresión sexual

fue en primer lugar un amigo o conocido (34%), el novio (23%) y un extraño (14%).

Acoso sexual:

Toda orden, amenaza, constreñimiento u ofrecimiento destinado a obtener favores de naturaleza sexual, realizado por una persona (hombre o mujer) que abusa de la autoridad que le confieren sus funciones.

Abuso sexual:

El abuso sexual incluye toda forma de coerción sexual (emocional, física, económica) contra las mujeres (adolescentes o adultas) que puede o no incluir la violación, por ejemplo la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales, tales como manoseo de genitales, exposición a la pornografía, entre otros. Ocurre generalmente en niñas/os.

Abuso sexual en la niñez:

Es utilizar una persona menor de 12 años para la satisfacción sexual. Puede incluir contacto físico, masturbación, relaciones sexuales, incluso penetración y/o contacto anal u oral. Pero también puede incluir el exhibicionismo, el voyerismo, la pornografía y/o la prostitución infantil. La historia de abuso sexual en la niñez significa que la mujer, adolescente o adulta ha tenido esta experiencia en el pasado. Entre los agresores o agresoras pueden figurar: el padre, otro familiar, otra persona en el hogar, educadores o maestros, jefes, compañeros de trabajo o estudios, otros conocidos o desconocidos.

Violación sexual:

Es el uso de la coerción emocional, física, o la amenaza de utilizarla, para penetrar a una mujer (adolescente o adulta) por vía vaginal, oral o anal contra su voluntad, con alguna parte del cuerpo u objeto. Según la ley básicamente la violación es definida como "coito forzado".

Entre los(as) agresores(as) pueden figurar: la pareja actual, la expareja, el padre, otro familiar u otras personas en el hogar, educadores o maestros, jefes, compañeros de trabajo o estudios, otros conocidos o desconocidos.

Consecuencias para la Salud de las Violaciones Sexuales

- Impacto en la salud física:
  - Trauma físico, heridas, contusiones
  - Muerte

- Impacto en la salud sexual y reproductiva: - Embarazo no deseado
  - Aborto en condiciones de riesgo
  - Infecciones de transmisión sexual
  - Dolor pélvico crónico - Trastornos menstruales
  - Embarazos complicados.
- Trauma emocional y psicológico.
- Trauma sobre los hijos y la familia.

Incesto:

Todo acto de naturaleza sexual que realiza un adulto mediante engaño, violencia, amenaza, sorpresa o constreñimiento en la persona de un niño, niña o adolescente con el cual estuviere ligado por lazos de parentesco natural, legítimo o adoptivo hasta el cuarto grado o por lazos de afinidad hasta el tercer grado.

Tráfico sexual de mujeres:

Es el uso de mujeres con fines de explotación sexual, prostitución, comercio sexual o cualquier tipo de acto sexual obligatorio con fines de obtención de beneficios económicos.

Violencia económica:

Todo acto destinado a negar autonomía en las decisiones económicas de las mujeres. Chantaje económico, sustracción del dinero ganado por la mujer, control absoluto de los ingresos del hogar por parte de la pareja.

Acoso laboral:

Toda situación en que uno/a o más compañeros/as de trabajo ejercen o manifiestan una particular forma de violencia psicológica extrema, premeditadamente o no, con regularidad sistemática, daño culposo y durante un tiempo prolongado, con el fin de provocarle daño material, profesional, personal y psicológico y que afecte o pueda afectar su salud física y mental o provocar enfermedad, ausentismo y bajo rendimiento laboral, entre otros.

Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:

Es toda actuación que impida el libre ejercicio a las mujeres de su derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos para su salud, así como la libertad para decidir o no la procreación y para tener acceso a los servicios de atención en salud sexual y reproductiva y de planificación familiar.

CICLO DE LA VIOLENCIA

El ciclo de la violencia planteado por Leonor Walker, psicóloga estadounidense experta en violencia contra la mujer, quien propuso esta teoría en el año 1980, logrando encontrar la razón por la cual las mujeres agredidas permanecen en la relación de violencia, el por qué detrás de decisiones como la retractación (retiro) de las denuncias luego de realizarlas y por qué llegan a constituirse en víctimas. El ciclo tiene clínicamente cuatro fases que tienden a repetirse y son:

1. **Tensión:** Es la primera etapa, puede durar días, semanas, meses o años. Comienza con reclamos y quejas, gritos o peleas pequeñas, se van añadiendo insultos, haciéndose las situaciones más frecuentes y de mayor dificultad, por eso va aumentando la tensión, se producen ofensas, mal humor constante, humillaciones y la víctima intentará calmar a quien la agrede con la intención de prevenir el maltrato.
2. **Explosión:** Es la segunda fase, dura de 2 a 24 horas, se descargan las tensiones acumuladas en la fase anterior y quien agrede empuja, golpea, tira cualquier objeto, amenaza con armas. Se caracteriza por una descarga de violencia física, en esta fase puede llegar a causar la muerte de la víctima. La persona que agrede culpabiliza a la mujer de sus actos.
3. **Alejamiento o separación temporal:** Por lo regular dura días o semanas. Es una fase intermedia, se da un distanciamiento o separación temporal. La víctima está más presta para buscar ayuda, incluyendo familiares, amistades y centros de atención, interpone una denuncia.
4. **Tregua amorosa, reconciliación, arrepentimiento:** Por lo general es más corta que la primera, pero más larga que la segunda. Algunos agresores intentan mostrar una actitud de arrepentimiento, prometen que no volverá a ocurrir. La víctima cree en el agresor y en que le ayudará a cambiar, por lo que regresa, también la mujer puede sentirse culpable

creyendo haber contribuido a la explosión de esta violencia y alberga la esperanza de que todo cambiará. Se estrecha la relación de víctima y agresor, pasando un tiempo antes de que ella se dé cuenta que empiezan los pequeños incidentes de la fase 1 y el ciclo se repite.

Características del ciclo de violencia:

- No siempre están presentes todas las etapas.
- A medida que pasa el tiempo, el ciclo violento se va repitiendo y puede variar la forma de manifestarse de una fase a otra.
- Mientras más tiempo tiene una persona en una relación de violencia, más complejo es el proceso de salida de dicha situación.
- Cada episodio de violencia es más intenso que el anterior y se va haciendo cada vez más breve el tiempo entre cada episodio (escalada de violencia).
- Es importante la intervención de terceras personas que comprendan el fenómeno social y cultural de la violencia intrafamiliar, porque pueden contribuir a la superación de una relación de violencia.

Síndrome de la Mujer Maltratada:

Es consecuencia del continuo maltrato. Se caracteriza por:

a. Indefensión aprendida: La mujer termina asumiendo las agresiones como un castigo merecido.
b. Pérdida del control: La mujer se torna pasiva y espera las directrices de terceras personas.
c. Baja respuesta conductual: La mujer decide no buscar más estrategias para evitar las agresiones y su respuesta ante los estímulos externos es pasiva.
d. Identificación con el agresor: La víctima cree merecer las agresiones e incluso justifica, ante críticas externas, la conducta del agresor.

El ciclo de la violencia refuerza las relaciones de dependencia por parte de la mujer maltratada, que empeoran cuando la dependencia también es económica.

Infecciones de transmisión sexual (ITS):

Se transmiten a través del contacto sexual ya sea por coito vaginal, coito anal o sexo oral, pero algunas de ellas no requieren incluso contacto con genitales y pueden ser transmitidas por contacto estrecho o el beso.

Existe una amplia gama de gérmenes que pueden ser transmitidos de este modo y esto abarca desde bacterias, virus, hongos, protozoos e incluso insectos visibles. La actividad sexual no protegida brinda una oportunidad para que estos microorganismos encuentren nuevos huéspedes a los cuales invadir.

Las tasas de incidencia de la ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo a pesar de los avances diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

Las mujeres que sufren violación sexual pueden padecer formas de contagio por varias vías simultáneamente, por personas desconocidas o que nunca volverán a ver, con aplicación de fuerza física lo que aumenta el riesgo de contagio y en ocasiones por varias personas a la vez, todo esto hace que las probabilidades de contagio sean mayores.

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):

Es una infección de transmisión sexual causada por un virus del grupo de los retroviridae, el cual ataca células específicas del organismo encargadas de la inmunidad celular y que en etapas avanzadas sin tratamiento adecuado, progresa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Existen en el mundo 34 millones de personas viviendo con la enfermedad. En la República Dominicana a pesar que la última encuesta demográfica y de salud ENDESA mostró un descenso aparente de la infección, nuestro país sigue teniendo altos índices en la región ocupando el segundo lugar después de Haití.

El VIH se transmite a través de: relaciones sexuales sin protección, usuarios de drogas endovenosas, transfusiones de sangre contaminadas con virus, la madre embarazada a su hijo/a y la lactancia materna.

La principal medida de prevención para contacto sexual de la infección por el VIH es el uso del condón, la "fidelidad mutua" de parejas no infectadas y la abstinencia sexual. El condón es la principal forma de prevención y que según diversos estudios se ha podido demostrar que 15 confiere entre en 80 a 90% de protección si se usa de forma adecuada y con cada relación sexual. A estas formas básicas de prevención se las denomina Prevención Primaria para la infección del VIH.

Existe una forma de Prevención Secundaria a la infección por el VIH que se utiliza para personas que han sufrido una exposición accidental al virus. Esta forma de prevención nunca debe sustituir a la prevención primaria. Se denomina Profilaxis Post-exposición no ocupacional al VIH (PPE-n), llamada de esta forma para diferenciarla de la que se aplica con el personal médico, de enfermería, bioanalistas o cualquier personal paramédico que sufra un accidente con agujas o con cualquier otro material contaminado de fluidos potencialmente peligrosos de infección por VIH.

Anticoncepción de Emergencia:

Las píldoras anticonceptivas de emergencia son un medio seguro y eficaz de prevenir un embarazo después de tener relaciones sexuales no protegidas o cuando el anticonceptivo empleado falla, por lo tanto puede ser utilizado en mujeres en edad fértil que han sufrido una agresión sexual para evitar un embarazo no deseado. No deben usarse de manera rutinaria por la usuaria, es decir varias veces en el mes, porque cambia el ciclo menstrual con cada uso.

Las píldoras actúan inhibiendo la ovulación y previniendo la fecundación, es decir la unión del óvulo con el espermatozoide. No tienen efecto después de la implantación por lo que no interfieren con un embarazo establecido. El medicamento más utilizado es el Levonorgestrel 1.5 mg.

Capítulo I

GENERALIDADES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

6. Descripción del servicio

El servicio de atención integral en salud a mujeres en situación de violencia basada en género que ofrece Profamilia está concebido como uno de los pilares de un modelo de atención integral, que además del cuidado de la salud de la sobreviviente incluye pilares para su protección y la restitución de derechos. Por lo que ese modelo integral se ocupa también de apoyar en aspectos legales, económicos y sociales. En ese orden, los servicios de salud son entendidos como la principal puerta de entrada a un sistema de atención, constituyendo sólo una parte de los servicios que una mujer sobreviviente de violencia debe recibir. De ahí la gran importancia de la acción interinstitucional e intersectorial de la que Profamilia es parte, en coordinación con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del país.

El presente documento protocoliza el componente de salud de las acciones institucionales, por lo que no entra en detalles respecto a acciones de los otros pilares vinculados una atención efectiva a las sobrevivientes; se limita a establecer puentes para facilitar el acceso hacia otros servicios dentro o fuera de la institución.

Los componentes del servicio de atención integral en salud a mujeres sobrevivientes de VBG son:

1) Promoción de una vida libre de violencia
2) Prevención para evitar daños
3) Detección y registro de mujeres en situación de violencia basada en género
4) Atención integral en salud según tipos de violencia
   a) Referencia y contrarreferencia en salud
   b) Referencia para atención en otros sectores

6.1 Promoción de una vida libre de violencia

El objetivo principal es aumentar la cantidad de personas que viven en una cultura de paz, basada en el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de todas las personas como iguales, sin distinciones por motivos de sexo, clase social, condición de discapacidad, creencias políticas o religiosas u otros criterios. Para lograr ese estado de igualdad, se tiene conciencia de la importancia de la promoción de acciones de equidad que permitan acercar el poder a las manos de los colectivos que la sociedad patriarcal ha mantenido en subordinación, al nivel de poder de los colectivos que hasta ahora han sido privilegiados y la transformación de la visión de los colectivos hasta ahora privilegiados respecto a la legitimidad de las relaciones horizontales que conquistan los sujetos sociales que reclaman la igualdad de derechos. En este componente se desarrollarán acciones de educación, información y comunicación, dirigidas a la población que acude a las clínicas de Profamilia, a la Unidad de Apoyo Emocional de la Oficina Central de Profamilia y especialmente en sus áreas de influencia.

Estas acciones incluyen, entre otras:

- Impartir conferencias y talleres.
- Realización de actividades artísticas como reflexiones colectivas a partir de videos, obras de teatro, canciones, entre otras.

- Exhibir y distribuir folletos y afiches relacionados con la violencia y los derechos de las mujeres, adolescentes y adultas, distribuyéndolos en diferentes áreas comunes de las clínicas institucionales.
- Realizar charlas comunitarias y en las salas de espera de las clínicas sobre la cultura de paz, las alternativas a la masculinidad y feminidad hegemónicas.

6.2 Prevención para evitar daños

La prevención es el conjunto de acciones que Profamilia realiza con el objetivo de favorecer los factores protectores y prevenir los de riesgo, para evitar los daños resultantes de la VBG. Las acciones de prevención que realiza la institución se identifican con las estrategias de la intervención que 12 agencias de las Naciones Unidas lideradas por la OMS y ONUMujeres lanzaron en 2019, denominada RESPECT. La misma incluye 7 estrategias que por sus siglas en inglés forman dicha palabra y parafraseada en español como se presentan a continuación:

R - Habilidades de Relaciones fortalecidas

E - Empoderamiento de la mujer

S - Servicios asegurados

P - Reducción de la Pobreza

E - Entornos seguros

C - Control y prevención del abuso infantil y adolescente

T - Transformadas las actitudes, creencias y normas

En el caso de la prevención primaria se procura generar cambios de comportamientos y proveer información que contribuyan a disminuir la incidencia (casos nuevos) del problema; las acciones de prevención secundaria y terciaria se realizan en el marco de la atención a las sobrevivientes. En el caso de la prevención secundaria, se busca frenar la escalada del ciclo de la violencia, facilitando a las usuarias acceso a servicios de atención para mujeres en situaciones de violencia, evitando la revictimización. La prevención terciaria tiene como fin evitar las secuelas en quienes ya se encuentran en situaciones de violencia. Como ocurre en las intervenciones con sobrevivientes de violaciones sexuales en las que el agresor no usó condón, las que buscan prevenir VIH y otras ITS, así como un embarazo no deseado.

Los programas de prevención están dirigidos a toda la población, especialmente a la población más vulnerable: mujeres, niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Pero también incluyen a los hombres en sus diferentes etapas del ciclo de vida a fin de trabajar en pro de nuevas masculinidades que rompan con los esquemas de subordinación contra las mujeres y los estereotipos impuestos por la masculinidad hegemónica y heteronormativa.

Estas acciones se realizan para evitar que se produzcan nuevos casos de VIF y VCM y las sobrevivientes puedan desarrollar las estrategias necesarias para salir de ella, disminuyendo la morbilidad o mortalidad.

Estas actividades también persiguen visibilizar la disponibilidad del servicio que Profamilia ofrece, captar usuarias, poniendo especial énfasis en la población más vulnerable o grupos de alto riesgo, con la finalidad de orientarles acerca de los beneficios para su salud, de forma que puedan manejar una situación de violencia, además de que logren identificar factores de riesgo.

6.3 Detección y registro de mujeres en situación de violencia basada en género

La detección de los casos, para tratar el problema tempranamente evitando su profundización, son acciones llevadas a cabo por las/os prestadoras/es de servicios médicos, odontológicos, diagnósticos, psicológicos y de apoyo emocional, mediante la realización de una serie de preguntas sistemáticas de detección (Ver anexo 1). Con este cuestionario se busca reconocer y diagnosticar los signos y síntomas relacionados a episodios de violencia y a la vez orientar a la usuaria en la búsqueda de respuestas o alternativas para salir de su situación. Se ha demostrado que al reconocer el problema tempranamente, se reduce la morbilidad y mortalidad que resultan de la violencia.

Con el registro adecuado de los casos se obtienen datos estadísticos de utilidad en la supervisión y mejoría del servicio. El mismo se realiza en los instrumentos destinados con estos fines, en los modelos de historia clínica vigentes en los diferentes servicios de Profamilia. La detección se registra a través del cuestionario antes señalado. Las atenciones se registran en la historia clínica.

En la historia clínica también se registran los resultados de los análisis y sus observaciones para seguimiento y uso posterior, en caso que la usuaria o sus familiares (de ser una persona menor) requieran un resumen de esta información, en caso que decidan poner una denuncia ante las autoridades públicas.

6.4 Atención integral en salud según tipos de violencia

El objetivo de este servicio es dar una atención adecuada y oportuna a la usuaria sea esta niña, adolescente, joven, adulta joven o adulta mayor, a fin de satisfacer sus necesidades a través de personal entrenado para manejar adecuadamente su situación, sin revictimizarlas.

Profamilia capacita y sensibiliza sistemáticamente a todos/as sus proveedores/as en salud, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogas/os, personal administrativo y de apoyo, conformando de esta forma un equipo multidisciplinario para atender a las mujeres que han sufrido situaciones de violencia. Cada miembro del equipo tiene funciones específicas en la atención a las diferentes situaciones de violencia, de manera que se pueden satisfacer las necesidades de la usuaria de forma integral. Si se requiere utilizar servicios de otros especialistas, apoyo legal o externo se procura la oferta del servicio mediante referencia y contrarreferencia.

Los detalles de las acciones de atención se presentan en el próximo capítulo, referente a los protocolos de atención según tipo de violencia.

6.5 Referencia y contrarreferencia en salud y otros sectores

Hay dos formas de referencia: interna y externa. La referencia interna se refiere a los casos que Profamilia detecta en sus clínicas y que son enviados al área de atención que amerite. En esta etapa, se refiere a las usuarias según corresponda. Si hace falta utilizar servicios a nivel externo, se solicita al servicio aliado la contrarreferencia del caso para dar el adecuado seguimiento de su evolución, llenando para tales fines las secciones correspondientes para la Referencia y Contrarreferencia en la historia clínica institucional. (Ver en anexo 9 el directorio de servicios de atención a mujeres en situación de violencia).

6.6 Competencias que deben tener los recursos humanos que laboran con mujeres en situación de VBG.

Las normas establecidas por el MSP señalan que todo personal que labora en la atención de la violencia intrafamiliar y contra la mujer debe previamente recibir capacitación para garantizar:

a) El diagnóstico, registro y referimiento correcto de estos casos.
b) Evitar señalamientos y juicios de valor sobre lo ocurrido, que culpabilicen a las sobrevivientes,
c) Demostrar respeto a las formas de expresión de las emociones que tenga la sobreviviente.
d) En caso de que la persona no desee hablar sobre su situación es necesario darle tiempo para que pueda sentirse cómoda y pueda comunicar verbalmente lo que le ha pasado
e) Dar información sobre recursos de apoyo psicológico, legal, médico, económico, grupos de apoyo y actividades comunitarias sobre el tema, y
f) Manejar su vinculación personal con la VBG en cualquiera de los niveles a fin de no transmitirle sentimientos como enojo, o culpabilización a la sobreviviente; evitando expresar turbación, silencio e incluso negación y justificación de los hechos.

En el caso de Profamilia, cuando se trata de las/os proveedoras/es de servicios directos, para ser contratadas deben demostrar facilidad para:

- Explorar las propias actitudes y creencias misóginas.
- Explorar sus dificultades para comprender las actitudes y comportamientos de las mujeres que permanecen en relaciones de opresión.
- Explorar la propia tolerancia al comportamiento violento.
- Explorar los propios prejuicios, valores y sentimientos hacia mujeres, niñas y niños víctimas de abuso o maltrato.
- Comprender y trabajar con madres de víctimas de incesto. Esto es particularmente necesario en el caso de las/os prestadoras/es que trabajan con victimización sexual infantil.

7. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

7.1 Respecto a los recursos humanos

7.1.1 Contratación

Al momento de evaluar una persona para ocupar una posición en las clínicas institucionales o en las oficinas administrativas, la Gerencia de Gestión Humana tendrá en cuenta los criterios descritos en el punto 6.2; con mayor énfasis cuando se trate de un cargo para prestación de servicios en las clínicas institucionales.

Respecto al personal de atención directa a mujeres en situaciones de VBG, tales como personal de consejería, psicología, ginecología, mastología, medicina interna, medicina familiar, atención a adolescentes, entre otras, se debe tener muy en cuenta su capacidad de manejar situaciones de estrés y escuchar situaciones angustiantes. Otro elemento fundamental se refiere a la resolución de posibles historias propias de violencia; personas que tienen historias personales no resueltas de violencia basada en género pueden presentar reacciones durante una entrevista a una mujer en situación de VBG que comprometa su salud emocional y le impida brindar el apoyo que la usuaria necesita, por lo que este es un elemento importante a explorar durante la entrevista de reclutamiento.

7.1.2 Evaluación de desempeño

El desempeño de cada talento humano que por su rol en la institución haya tenido contacto con los casos de mujeres víctimas de violencia que se hayan atendido o presentado en sus respectivos espacios de trabajo será incluido entre los criterios que se evalúan cada año en la evaluación de desempeño que lidera el departamento de Gestión Humana.

7.1.3 Sensibilización y capacitación

Toda persona que trabaja en una posición fija de Profamilia recibe una inducción que sirve para familiarizarle con la filosofía, planificación y principales acciones de la institución. Esta inducción incluye una sensibilización respecto a la violencia basada en género, dada la importancia que tiene como parte de la agenda de los Derechos Humanos, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva que defiende la institución.

De manera particular se instituirá una rotación por la Gerencia de Género y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a todo el personal de salud mental y consejería a fin de que se capaciten en los detalles del programa institucional de atención a mujeres víctimas de violencia.

Todo el personal de la institución participará, al menos cada dos años, en actividades de sensibilización respecto a la violencia basada en género contra las mujeres. Y el personal clínico como parte del proceso continuo de actualización y capacitación participará de sesiones de discusiones de casos de violencia manejados en sus respectivas clínicas, al menos una vez por año.

Los procesos de capacitación deben abarcar diferentes aspectos de la respuesta a la violencia de pareja y la agresión sexual (por ejemplo, identificación, evaluación y planificación de la seguridad, aptitudes para la comunicación y para la atención clínica, documentación y derivación de casos).

7.1.4 Cuidado del personal de atención a mujeres en situaciones de VBG

La preservación de la salud del personal que brinda atención a mujeres es un objetivo básico para poder ser coherentes con la misión institucional de Profamilia. Se trata de una responsabilidad compartida entre cada colaborador/a y la institución.

La atención directa a casos de violencia es una actividad que aporta mucho a la sociedad, pero que puede tener impacto negativo en la vida y la salud de quienes la realizan, por lo que es necesario prever acciones que garanticen el cuidado de las personas cuidadoras.

En ese orden, el Ministerio de Salud Pública, en la Guía para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y contra la Mujer, propone normas de autocuidado, que les permitan no sólo mantener su propia salud mental sino también que les asegure cumplir con satisfacción el trabajo diario.

TIP 1. Documento con recursos prácticos de referencia para el cuidado de las/os cuidadoras/es:
Claramunt, Maria Cecilia. Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública 7. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 1999. http://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/gph7.pdf.

Atendiendo a esta realidad, cada Clínica Profamilia deberá crear su programa de reducción de riesgo laboral para personal de atención directa a casos de mujeres en situaciones de VBG. El mismo puede incluir los siguientes procesos individuales, grupales y gerenciales, según la realidad de cada clínica:

Procesos grupales:

- Crear espacios de autoayuda y ayuda mutua dentro del centro de salud.
- Crear espacios de estudio de casos y reflexión.
- Capacitación continua sobre violencia con enfoque de auto cuidado y ayuda mutua.

Proceso individual:

- Reflexione y entre en contacto con su propia historia personal.
- Dentro de las posibilidades, designar un profesional de la conducta para el cuidado emocional de proveedores/ras que atienden los casos violencia del centro.
- Practique ejercicios físicos de respiración y relajación.
- Respete sus horas de sueño y descanso.
- Realice prácticas de sanación interior, de relajación y obtención de energía.

Procesos de gestión de personal

- Rotación de funciones respecto a la atención a sobrevivientes de VBG entre personal de consejería, psicología, ginecología, mastología, medicina interna, medicina familiar, atención a adolescentes, entre otros de las clínicas donde haya más de una persona en esas funciones.
- Organización de actividades extralaborales que permitan desarrollar vínculos afectivos, capacidad de trabajo en equipo y la solidaridad entre los equipos de trabajo.
- Ante signos de síndrome de estrés profesional, permitir liberar un día a la semana para reducir la exposición a las situaciones estresantes.
- Contratación de personal de salud mental externo, que esté disponible para atención individual del personal con responsabilidades de atención a mujeres en situaciones de VBG, en caso de estos necesitarlos.

7.2 El ambiente como apoyo para la detección

Para una persona que vive o vivió violencia dar el paso de hablar respecto a esa experiencia es sumamente difícil, mayor aun cuando esa violencia proviene de las personas que ella y la sociedad asumen que deben amarlas y protegerlas. De ahí la importancia de lograr un ambiente que informe la disponibilidad de ayuda, aporte al autocuidado e inspire confianza. A continuación, algunas sugerencias a implementar:

- Colocación de afiches en las salas de espera y los consultorios con contenidos que desnaturalicen las violencias contra las mujeres en sus diferentes etapas del ciclo de vida, que informen respecto a los mecanismos de ayuda y denuncia, precisando que la institución es un lugar seguro donde encontrarán apoyo (Los mensajes y gráficas se adaptarán a cada público meta).
- Exhibición de materiales impresos como folletos y volantes relacionados con la violencia y con los derechos de las mujeres, distribuyéndolos en las diferentes áreas comunes de las clínicas.

(Cada material debe incluir una alerta respecto al riesgo de llevarlos consigo)

- Mensajes audiovisuales en las televisiones de la sala de espera.
- Charlas sobre Violencia de Género contra la Mujer en las salas de espera, destacando su impacto en la salud sexual y la salud reproductiva.
- Para la oferta de los diferentes servicios donde se pretende detectar y atender mujeres en situación de violencia es obligatorio contar con un espacio físico que proporcione seguridad y confidencialidad a la usuaria y decorado para ofrecer un clima de empatía.

7.3 Orientaciones para la prestación de servicios de atención a mujeres en situación de Violencia Basada en Género

- Los servicios a las víctimas en ningún caso tendrán carácter obligatorio.
- Nunca se establecerán ni se considerarán mecanismos de mediación entre las víctimas y los perpetradores. En Profamilia no se trabaja bajo ninguna circunstancia con una sobreviviente y su victimario.
- La seguridad de una víctima menor de 18 años es superior al criterio de confidencialidad.
- Los servicios establecen claramente necesidad de coordinación con otras instancias de salud, Ministerio Público, Organizaciones no Gubernamentales y organizaciones comunitarias, entre otras.
- El acompañamiento a mujeres en situación de violencia es el trabajo de un equipo multidisciplinario en cada clínica institucional, que discute cada caso y coordina las propuestas de atención desde un enfoque integral.

7.4 Rol del personal en el marco de la detección y atención integral a mujeres en situación de Violencia Basada en Género

Todo el personal asistencial de las Clínicas y la Oficina Central tiene la responsabilidad de:

- contribuir a la identificación de las mujeres que sufren violencia;
- contribuir a desculpabilizar a las víctimas, aportar a que comprendan que la violencia contra la mujer se sustenta en cuestiones de género, así como la dimensión de derechos humanos del problema;
- referir a las mujeres a los diferentes servicios que garanticen una atención integral para su recuperación y restitución de derechos;
- trabajar de manera coordinada con otros/as colegas para garantizar la integralidad de la atención a una mujer en situación de violencia;
- documentar la historia de la mujer y los servicios ofrecidos en el registro institucionalmente establecido para estos fines ya sea por medios electrónicos o en papel;
- garantizar la confidencialidad de toda información respecto a las personas usuarias de los servicios institucionales;
- garantizar la seguridad de la sobreviviente y la suya propia;
- recibir sensibilización y capacitación respecto a la violencia basada en género y la prestación de apoyo de primera línea a las mujeres que hayan sufrido este tipo de violencia;
- notificar a la dirección de la clínica cualquier caso de sospecha de maltrato infantil, para desencadenar la respuesta correspondiente según los protocolos nacionales pertinentes;

- ayudar a notificar el incidente a las autoridades competentes (incluida la fiscalía) si la mujer así lo desea y es consciente tanto de sus derechos como de los riesgos que implica la notificación;
- contribuir al proceso de mejora continua mediante la retroalimentación de las oportunidades de mejora de los servicios de atención en salud a la VBG, a través de los mecanismos existentes en las clínicas y los dispuestos por la Gerencia de Calidad de los Servicios.

7.4.1 Rol del personal médico y odontológico

Esta sección incluye tanto el personal que brinda servicios clínicos, quirúrgicos y de diagnóstico, tanto ambulatorios como en hospitalizaciones.

- Identificación de las mujeres que sufren violencia, incluyendo la de pareja
    - Exploración periódica, según cuestionario incluido en este protocolo;
    - Preguntar acerca de la posibilidad de exposición a violencia al evaluar en la mujer afecciones que pudieran haber sido causadas por violencia de pareja o que pudieran haberse complicado por esta razón;
- Ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen ser víctimas actos de violencia;
- Realizar una anamnesis y examen clínico pormenorizados, para determinar las intervenciones apropiadas;
- Proveer las acciones de cuidado médico u odontológico determinadas por las características de la situación de cada mujer.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario cuando sea convocado/a para el análisis y propuestas de conductas específicas respecto a los casos en seguimiento.
- Certificar la condición de salud que presenta o ha presentado la sobreviviente durante la atención. (Ver punto 9.4)

7.4.2 Rol del personal de enfermería

- · Ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen ser víctimas actos de violencia;
- · Proveer las acciones de cuidados de enfermería determinadas por las características biológicas de cada mujer y/o las indicaciones del personal médico.
- · Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario cuando sea convocado/a para el análisis y propuestas de conductas específicas respecto a los casos en seguimiento.

7.4.3 Rol del/a consejera/o

- Realizar la intervención en crisis;
- Llenar la historia inicial de las mujeres en situación de violencia;
- Identificar la red apoyo y las preocupaciones de tipo emocional y físico de las víctimas y de sus familiares y/o acompañantes.
- Coordinar el paso de la usuaria a través de los diferentes servicios que requiere para garantizar la continuidad e integralidad de la atención dentro y fuera de la clínica (en la medida que lo permiten las alianzas interinstitucionales);
- Convocar las reuniones del equipo multidisciplinario al menos una vez por mes o según necesidad, para el análisis y propuestas de conductas específicas respecto a los casos en seguimiento.

- Dar seguimiento telefónico a las sobrevivientes de VBG para recordatorio de citas o procurar la recuperación de mujeres que han abandonado el seguimiento; según lo acordado en los planes de seguimiento con cada usuaria y en coordinación con el equipo de psicología y promotoras/es comunitarias/os, para evitar incrementar el riesgo en sus hogares.

7.4.4 Rol de la Terapeuta

- Realizar intervención en crisis;
- Llenar la historia clínica de las mujeres en situación de violencia;
- Identificar el momento del ciclo de violencia en que se encuentra la mujer
- Estimar oportunamente el grado de peligrosidad de la situación de violencia que vive la mujer y guiar a la sobreviviente en la construcción de un plan de emergencia
- Orientar, acompañar y facilitar un proceso terapéutico centrado en la sobreviviente y sus necesidades, sin pretender imponer su esquema de valores y principios personales;
- Consensuar con la usuaria el plan terapéutico a seguir, teniendo como referencia los elementos encontrados en la evaluación y lo establecido en el Protocolo de Atención Psicológica en Caso de Violencia Basada en Género
- Ofrecer seguimiento al apoyo prestado y negociar medios seguros y accesibles para la consulta de seguimiento;
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario cuando sea convocado/a para el análisis y propuestas de conductas específicas respecto a los casos en seguimiento.

7.4.5 Rol del personal administrativo y gerencial

7.4.5.1 Áreas de apoyo a los servicios clínicos y quirúrgicos

En general, todo el personal de apoyo a la gestión de los servicios de salud de las clínicas y la UAE debe:

- Conocer los servicios que ofrece Profamilia en general, incluyendo los de atención integral en salud a mujeres en situaciones de violencia;
- Ofrecer informaciones oportunas y veraces respecto a la oferta institucional para apoyar a las mujeres que viven violencia basada en género;
- Contribuir a la identificación de las mujeres que sufren violencia;
- Contribuir a desculpabilizar a las víctimas, aportar a que comprendan que la violencia contra la mujer se sustenta en cuestiones de género, así como la dimensión de derechos humanos del problema;
- Garantizar la confidencialidad de toda información respecto a las personas usuarias de los servicios institucionales;
- Recibir sensibilización y capacitación respecto a la violencia basada en género.

A continuación se agregan acciones que corresponden perfiles específicos:

7.4.5.1.1 Recepción

- Gestionar las citas y turnos para el acceso a los servicios de atención integral a mujeres en situación de violencia, según lo requerido por la mujer o en el formulario de referimiento.
- Aperturar los expedientes de las usuarias que demandan servicios por primera vez

- Referir a caja para que la usuaria realice el pago de los servicios o a consejería para la gestión de un cupón, según corresponda.
- Garantizar que las mujeres en situación de violencia que llegan ya identificadas, referidas desde instituciones externas, antes de pasar a las consultas médicas, accedan a los servicios de consejería o psicología (según nivel de entrenamiento para realizar intervención en crisis que tenga el personal de consejería) para la valoración inicial.

7.4.5.1.2 Caja

- Verifica afiliación al Seguro Familiar de Salud, y previo consenso con la usuaria, hace contacto con la Administradora de Riesgos de Salud correspondiente, para solicitar el compromiso del pago del servicio.
- Cobrar el monto correspondiente al servicio y/o registrar la exoneración si la usuaria dispone de cupones institucionales;
- Garantizar la asignación de turno preferencial a las mujeres sobrevivientes de violación sexual, evitando tiempos largos de espera, ya que estos casos son considerados como emergencias, aún en consultas subsecuentes.

7.4.5.1.3 Personal de seguridad

- Referir al área de recepción a cualquier persona que demande información o requiera servicios por ser víctima de violencia basada en género
- Intervenir de manera pacífica para evitar que en las instalaciones institucionales se perpetren acciones de violencia basada en género;
- Garantizar la protección de cualquier mujer que esté siendo violentada en las instalaciones institucionales.

7.4.5.1.4 Gerencias, administrativa y médica

- Garantizar los insumos y materiales requeridos por el personal para proveer los servicios a mujeres en situación de violencia;
- Organizar y/o contribuir en la organización de las actividades de sensibilización y capacitación del personal respecto a la VBG y su atención integral;
- Implementar las políticas, programas y proyectos institucionales para la atención integral en salud a las mujeres en situación de violencia.

7.5 Del equipo multidisciplinario

En caso de detectar señales de violencia, el equipo multidisciplinario es llamado a actuar. Cada miembro del equipo interviene, conforme las descripciones en protocolos de atención, siguiendo las fases de detección, la evaluación, la atención inicial, el tratamiento continuado y el apoyo para la denuncia si la mujer lo desea.

Este equipo está conformado por integrantes fijas/os e invitadas/os, según pertinencia de cada caso. Puede ser invitado/a cualquier colaborador/a tanto del área de salud como de apoyo, según necesidad. El personal fijo está constituido por quienes manejan casos de violencia en consejería, ginecología, psicología y enfermería, la gerencia médica y finalmente por pediatría cuya participación permite dar seguimiento y monitoreo a la aplicación de los protocolos para la atención del maltrato contra niños, niñas y adolescentes y el protocolo de detección y atención a mujeres y adolescentes en situación de violencia basada en género. Dada la vinculación entre la VBG y el maltrato ejercido

contra NNA, es mandatorio asumir la atención integral especialmente en los casos de violencia doméstica.

El equipo multidisciplinario da seguimiento a la atención a las mujeres en situación de violencia que son detectadas, y de manera particular a los casos de complejidad alta. Generando consensos respecto a las propuestas de tratamiento y modificaciones de los mismos según la evolución de cada mujer y las NNA vinculadas/os.

La dirección de cada Clínica Profamilia impulsará la creación del equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta las necesidades logísticas para realizar las reuniones de equipo en circunstancias que potencien el funcionamiento óptimo del mismo.

Las y los miembros del equipo multidisciplinario se reúnen cuando se presenta un caso, y participan en las reuniones mensuales de seguimiento global del conjunto de casos que estén en el proceso de atención.

En caso de que la mujer esté interesada en algún tipo de asistencia legal, se integra al equipo, el personal de apoyo legal, si lo hay disponible. El mismo puede tratarse de una persona de la institución o de una organización aliada que haya asumido este compromiso. Por lo que el equipo multidisciplinario funciona también como espacio de coordinación entre el equipo de asistencia en salud y el de asistencia legal.

Este equipo, en cada clínica, contará con el apoyo técnico y metodológico del Programa Género y Derechos.

7.6 Rutas de atención interna

Cita previa o turno:

- La cita puede ser por referimiento interno o externo o la solicitud de un turno por demanda espontánea.
- El control de citas lo lleva a cabo la recepcionista, secretaria u otra persona de la clínica/UAE entrenada y designada para tal fin.
- Esta persona indaga sobre el motivo de la consulta, garantizando la confidencialidad de lo que se conversa.

Seguimiento a citas de mujeres en situaciones de violencia basada en género

El personal de consejería tiene la responsabilidad de dar seguimiento al proceso con un rol coordinador, por ende es quien tendrá la responsabilidad directa de identificar con la usuaria si puede recibir algún tipo de recordatorio de sus citas. Así como la vía de comunicación a utilizar si se identifica que ha faltado a una cita. Las vías de comunicación a proponer pueden ser por mensajes telefónicos desde celular institucional (SMS o Whatsapp), llamadas, correos electrónicos o visitas a la casa como último recurso.

- Personal de consejería coordina con usuaria si puede o no recibir recordatorios de citas
- Personal de salud y la usuaria programan próxima cita.
- Personal de consejería verifica agenda de citas de casos de VBG, verifica si la usuaria puede recibir recordatorio
- En caso de poder recibir recordatorio, el personal de consejería realiza el recordatorio por la vía acordada.
- Personal de secretaría/recepción/caja avisa a consejería los casos que no acudieron a la cita.

- Personal de consejería verifica si la usuaria puede recibir recordatorio ante abandono de tratamiento y la vía acordada. De ser positivo, realiza el contacto, actualiza la evaluación de riesgo y apoya a fijar una nueva cita. En caso de no logra el contacto se evalúa con el equipo multidisciplinario la posibilidad de enviar una promotora a visitar su casa.

7.6.1 Ruta para usuarias de primera vez o subsecuentes sin antecedentes de VBG

1. Se recibe a la usuaria en Recepción/ Información, se le abre o localiza el expediente, se le entrega una tarjeta con su identificados y se envía a caja.
2. La usuaria pasa a Caja y paga el costo de la consulta, donde le asignan la/el profesional que corresponda. En casos excepcionales se tramita la exoneración mediante cupones que gestionan los programas institucionales y el área de consejería.
3. La cajera, recepcionista o secretaria indica a la usuaria la localización de la consulta que corresponda.
4. La usuaria pasa a la consulta. El personal institucional se presenta, explica los niveles de confidencialidad y aplica el cuestionario de detección de violencia obligatorio para todas las mujeres mayores de 13 años que acuden a una primera consulta o que son subsecuentes y corresponde su actualización. En caso de detectar alguna situación de violencia, procede a ofrecer el apoyo para ella y las niñas, niños o adolescentes en caso de vivir junto a alguna persona menor edad que sea víctima directa o indirecta de la VBG. Según el tipo de violencia detectado, aplica el o los protocolos correspondientes y explica el rol que puede desempeñar la institución frente a su proceso.
5. Si la usuaria acepta la atención, el personal fija la fecha de la próxima cita, ya sea para ella o para las niñas, niños o adolescentes vinculados/as y explora el riesgo de peligrosidad ante opciones para recordatorio de citas. Si la usuaria no acepta, se ratifica la disponibilidad de apoyo y se continúa atendiendo el motivo inicial de demanda de servicios, procurando no juzgar.

7.6.2 Ruta para usuaria referida con diagnóstico de Violencia Basada en Género (Fiscalías u otras instituciones) o que demanda atención por motivos de VBG

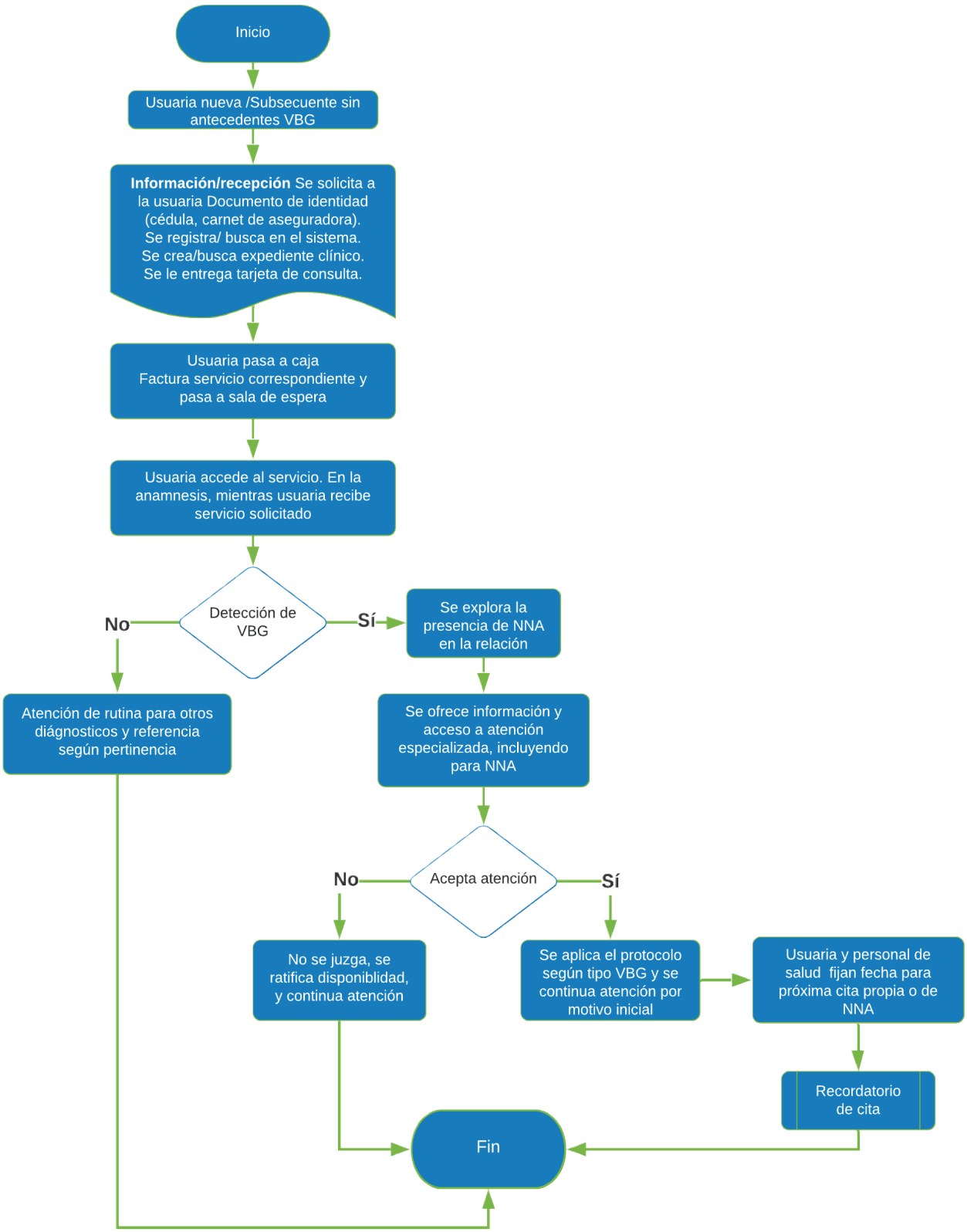
1. Recibimiento en Recepción/ Información desde Fiscalía, otros centros u otros servicios de la clínica.
2. Se recibirá a la sobreviviente con calidez y discreción. En el momento en que detecte que viene referida por motivos de VBG (por el referimiento escrito) verificará si la/el usuaria/o tiene seguro médico y/o recursos económicos para cubrir el costo de las consultas, luego la remitirá a Recepción.
3. Pasar a la usuaria a Recepción para llenado del expediente clínico y posteriormente a Consejería o a caja donde no dispongan de personal de consejería con entrenamiento para primer apoyo psicológico.
4. El personal de consejería llena la historia de violencia y determina los servicios a referir según necesidades de la usuaria; luego programa su próxima sesión de consejería que entre otros objetivos debe servir como eje integrador en la ruta de atención entre los diferentes servicios que requiere la sobreviviente.
5. En caso de violencia sexual reciente se realiza intervención en crisis si es necesario, se le explica el programa de profilaxis para estos casos, se indaga si ha recibido anticoncepción

de emergencia y se hace referimiento a la consulta ginecológica y al Servicio de Psicología, el orden se determina según las condiciones de la usuaria. Y le envía a caja.

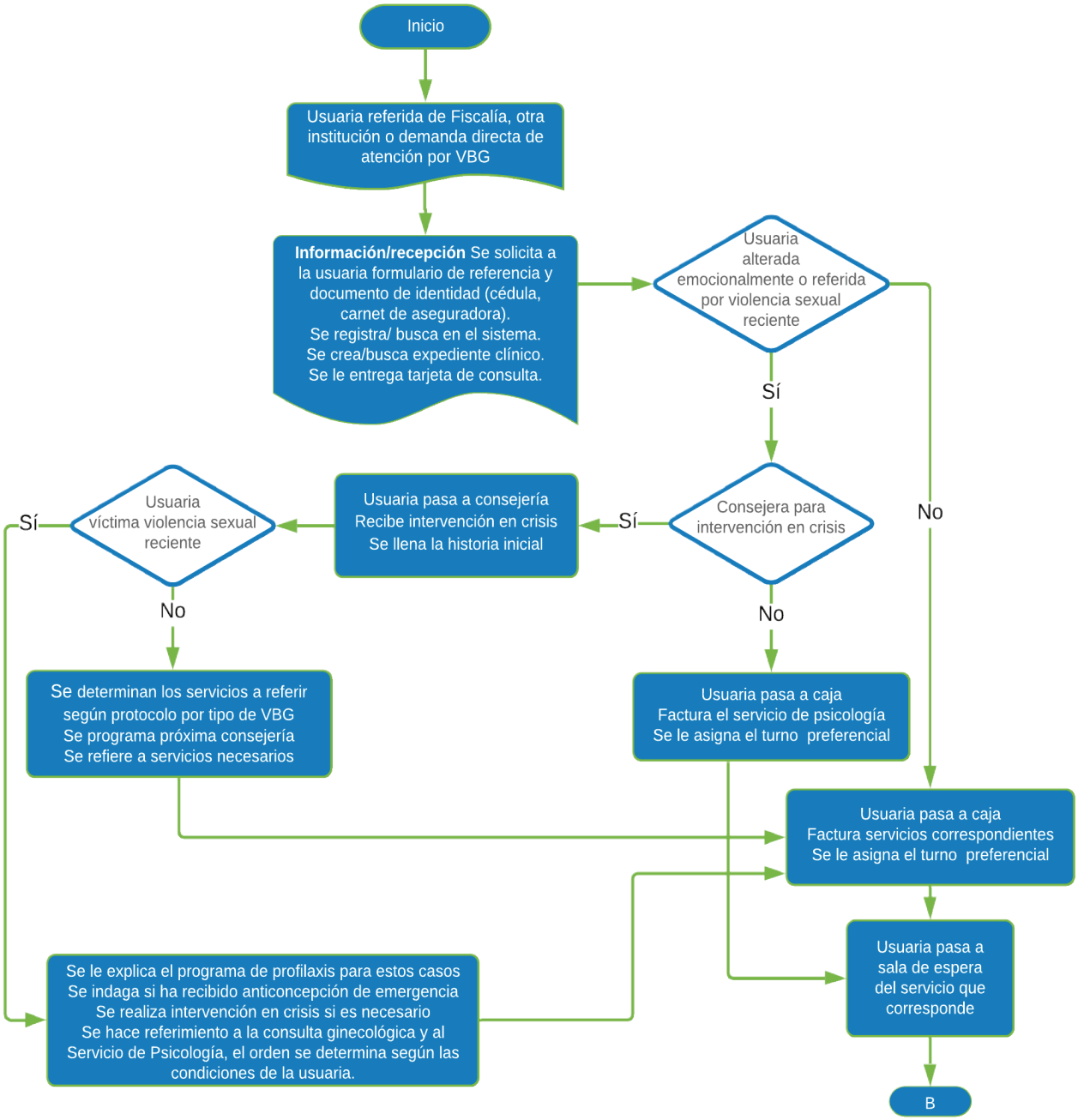
6. En Caja realiza el cobro de los servicios y se le asigna un turno preferencial al consultorio. En casos excepcionales se tramita la exoneración mediante cupones que gestionan los programas institucionales y el área de consejería. La sesión de consejería está exenta de pago para todo tipo de usuarias/os.
7. La/el ginecóloga/o realiza la evaluación médica correspondiente y en caso de violación sexual reciente refiere a la usuaria al Servicio de Atención Integral para PVVS o enfermería, según la clínica.
8. En este último Servicio se le entrega profilaxis para ITS, tratamiento Antirretroviral (ARV) y anticoncepción de emergencia, según corresponda.
9. El personal de psicología determinará según la evaluación inicial un plan terapéutico, en consenso con la sobreviviente que nunca podrá ser inferior a 6 sesiones y en el caso de violencia sexual el límite inferior será de 12 sesiones.
10. Si la usuaria acepta la atención, el personal fija la fecha de la próxima cita, ya sea para ella o para las niñas, niños o adolescentes vinculados/as y explora el riesgo de peligrosidad ante opciones para recordatorio de citas. Si la usuaria no acepta, se ratifica la disponibilidad de apoyo y se continúa atendiendo el motivo inicial de demanda de servicios, procurando no juzgar.

7.6.3 Flujogramas de las rutas de atención

7.6.3.1 Ruta para usuarias de primera vez o subsecuentes sin antecedentes de VBG

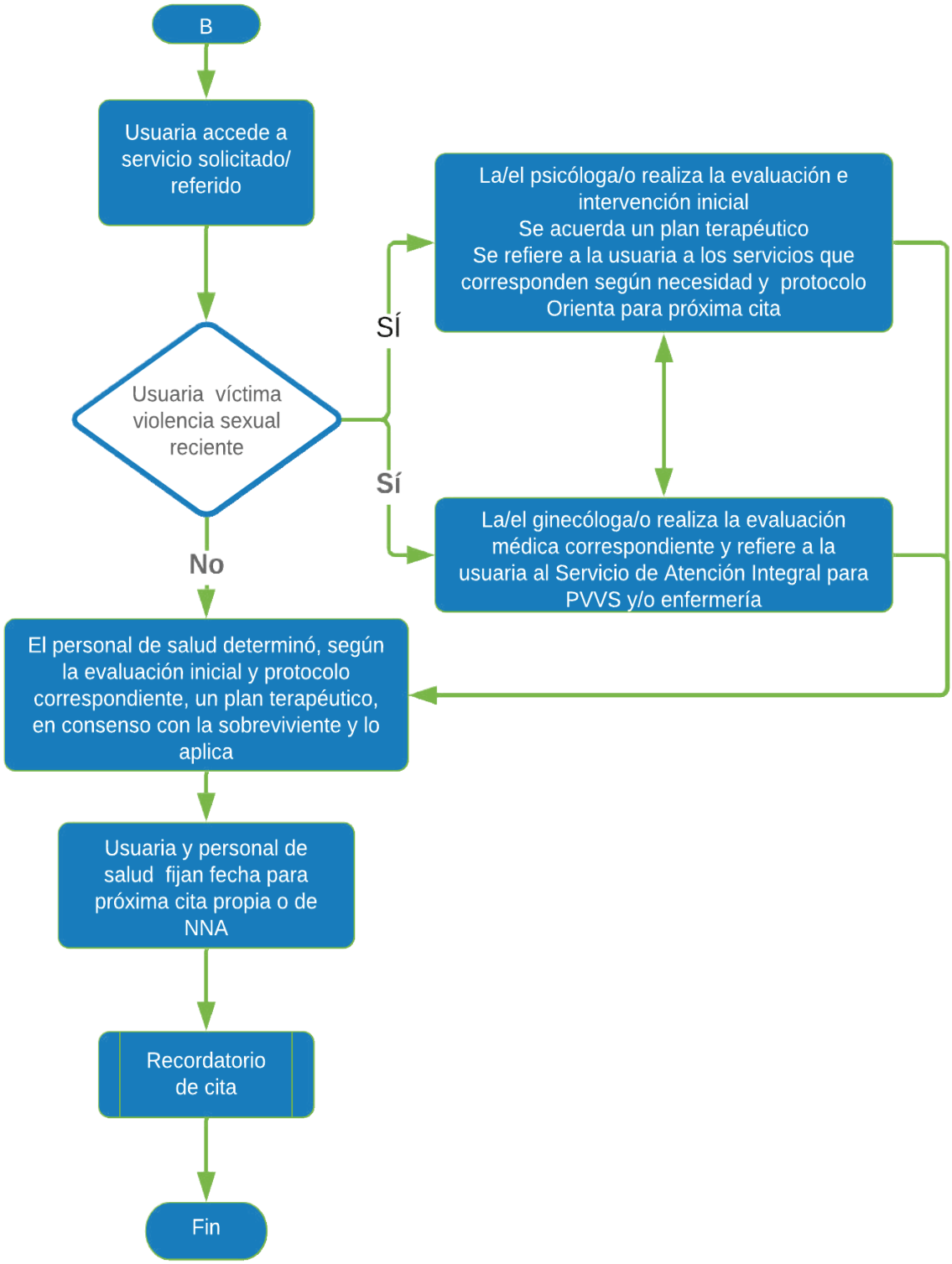


7.6.3.2 Ruta para usuaria referida con diagnóstico de Violencia Basada en Género (Fiscalías u otras instituciones) o que demanda atención por motivos de VBG



Ruta para usuaria referida con diagnóstico de Violencia Basada en Género (Fiscalías u otras instituciones) o que demanda atención por motivos de VBG

Continuación



Capítulo II

PROTOCOLO GENERAL DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO E INTRAFAMILIAR

8. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN SANITARIA

Se establecen las siguientes acciones a realizar frente a una mujer que se sospecha que se encuentra ante situaciones de violencia

8.1 Protocolo General de Actuación para la Atención en Violencia Basada en Género

a. Consulta clínica para la identificación de la violencia
b. Realizar valoración de la situación de violencia (tipo de violencia, fase del ciclo de la violencia en que se encuentra, comportamiento del agresor y contexto familiar y social).
c. Hacer valoración física para identificar y atender aquellas lesiones actuales o secuelas de lesiones que se puedan atender en la Clínica de Profamilia.
d. Recolectar, registrar y custodiar pruebas con fines legales.
e. Intervención en crisis a las sobrevivientes de VBG y/o VIFM, incluyendo sus hijas e hijos, en caso de tenerles.
f. Identificar el nivel de riesgo o peligrosidad y elaborar plan de emergencia, si es necesario
g. Evaluación de depresión y trastorno por estrés postraumático
h. Hacer un inventario con la víctima o sobreviviente de los recursos con que cuenta para enfrentar el maltrato, gestionar apoyo psicosocial.
i. Notificación de casos de abuso y maltrato a menores de 18 años, utilizando los procedimientos legales y éticos establecidos en las leyes 24-97, la 136-03 y las guías y protocolos del MSP.
j. Documentar las atenciones en la Historia Clínica institucional
k. Registrar las referencias y contrarreferencias a los servicios correspondientes tanto al interior como al exterior de las clínicas de Profamilia, según disponibilidad de los servicios
l. Continuidad de la atención hasta la restitución integral de la salud de la mujer

8.1.1 Detección

En los servicios de salud de Profamilia se realiza la detección de la violencia basada en género mediante aplicación sistemática de un cuestionario estandarizado, contenido en la sección de la Historia Clínica denominada Historia de Violencia.

No obstante, la experiencia institucional ha demostrado que aún en mujeres que responden negativamente a las preguntas del cuestionario de detección de VBG, en las consultas es posible mediante preguntas alternativas, confirmar las sospechas que alberga el personal de salud. Ante esa situación, el personal debe proceder a registrar en el hallazgo llenando la Historia de Violencia y dar curso al protocolo según corresponde.

El objetivo de esta las acciones de detección es diagnosticar, identificar, evaluar riesgo, registrar y orientar a las usuarias adolescentes y adultas que viven o han vivido situaciones de violencia según su tipo: psicológica/emocional, intrafamiliar, física, sexual, abuso sexual en la niñez, entre otras ya descritas.

El Cuestionario de detección de Violencia Basada en Género es una herramienta que contiene 3 preguntas obligatorias que permiten detectar violencia psicológica, física y sexual. Además contiene preguntas que abarcan aspectos referentes a la exposición de menores a estas situaciones de VBG,

el riesgo o peligrosidad, la oferta y aceptación de apoyo y el referimiento. Si entre las primeras 3 preguntas para la detección de violencia hay alguna respuesta afirmativa, se complementa con otras tres que recogen el quién y cuándo de la agresión, y si la misma fue dentro o fuera del país.

8.1.1.1 Orientaciones para la aplicación del cuestionario de detección de violencia

- El cuestionario es de aplicación obligatoria a todas las mujeres a partir de los 13 años de edad.
- Se aplica sin presencia de familiares o acompañantes directos. El personal de salud debe crear las condiciones de forma disimulada para que la persona que acompaña salga a realizar alguna gestión, para poder disponer de la oportunidad de conversar sin presencia de potenciales agentes de coerción. En caso de mujeres entre los 13 y los 17 años, siempre debe procurar la presencia de un personal de enfermería u otro personal de la clínica que evite que la persona que aplica el cuestionario se quede sola con la menor.
- El cuestionario se aplica siempre en el primer contacto que tenga la mujer con un servicio de las clínicas o la Unidad de Apoyo Emocional. Todos los servicios de consulta externa de las clínicas, así como los de imagenología y odontología tienen la obligación de aplicar el cuestionario.
- Se aplica de manera sistemática, con periodicidad que varía en función de las condiciones en que se encuentre la mujer:
    - En general, se repetirá cada seis meses
    - También se aplicará al momento de captar un nuevo embarazo
    - Durante el embarazo y en casos de mujeres con alguna discapacidad o diagnóstico de trastornos mentales la frecuencia de aplicación se aumenta a cada tres meses
- Además se repetirá el cuestionario ante situaciones que llevan a sospechar que la mujer está viviendo en situación de violencia (ver los tips 2 a 5)
- La aplicación del cuestionario no es un acto rutinario sin importancia. Es fundamental que realmente se ponga en evidencia durante su aplicación que el personal de Profamilia está interesado y dispuesto a apoyarla si ella está o ha estado alguna vez en una situación de VBG. Por lo que la actitud mientras se realizan las preguntas es fundamental. Por esto se recomienda:
    - Referirse a la mujer por su nombre de pila
    - Mirarla a la cara mientras le realiza las preguntas
    - Estar atento/a de que sus expresiones no verbales demuestren el interés que tiene respecto a las respuestas que ella dará a estas preguntas
    - Prestar especial atención a las expresiones no verbales que acompañan a las respuestas de la mujer. Pues en ocasiones, puede percibir expresiones que le permitan identificar la necesidad de generar más confianza durante la atención y que puede resultar beneficioso repetir alguna pregunta al final; o la pertinencia de registrar en el cuestionario alguna observación respecto a que tiene una sospecha no confirmada.
    - Evitar escribir durante la entrevista.
    - Usar un lenguaje sencillo y comprensible.
    - Cuando se hagan preguntas directas, iniciar con lo menos personal, de lo general para llegar a lo particular.
    - Abordar directamente el tema de violencia y sus consecuencias.
    - Intentar quitar el temor a revelar el abuso, enfatizando los efectos del silencio y des-

construyendo los sentimientos de culpa.
  - Explicar a la usuaria de forma clara que nunca hay justificación para la violencia en las Relaciones Humanas.
  - Motivar el empoderamiento e informarle sobre los recursos de apoyo.
- Si la usuaria reconoce el maltrato:
  - No dar la impresión de que la situación se puede solucionar fácilmente.
  - No ser paternalista o maternalista.
  - No infravalorar la sensación de peligro sentida por la agredida.
  - No recomendar la reconciliación, ni la terapia de pareja.
  - No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción.
  - No imponer decisiones.
  - No culpabilizar a la víctima.
  - No emitir juicios de valor o referirse al agresor de forma despectiva.
  - No minimizar el riesgo.
- Aunque el cuestionario contiene preguntas estandarizadas que son de aplicación obligatoria, ante una sospecha que no pudo confirmar utilizando el cuestionario señalado, se invita que utilicen su experiencia profesional para formular otras preguntas orientadas de manera más específica hacia el aspecto de su sospecha, así como prestar especial atención en el resto de la anamnesis y el examen físico a signos y síntomas que la literatura describe como señales de posible VBG (Ver los tips 2 a 5). No obstante, es importante evitar que la oferta del servicio se constituya en una experiencia negativa al insistir en una sospecha que la mujer no tiene interés de confirmar en ese momento, por las razones que sean. Proceda a orientarla sobre la prevención, causas y consecuencias de la violencia en la salud de las personas afectadas, incluyendo indirectamente la situación de peligrosidad que le preocupa. Y procure dar seguimiento, invitarla a volver al servicio y en la siguiente prestación de servicios, hacer preguntas alternas según pertinencia (ver listado en anexo 8).
- En caso de confirmar que la mujer vive una situación de violencia, después de haber completado el cuestionario inicialmente negativo, simplemente proceda a modificar la respuesta de la pregunta a la que corresponda la confirmación y continuar con las preguntas y conductas que se desprenden de esa respuesta positiva.
- Es importante resaltar la presencia de una pregunta respecto a la existencia de hijos/as o niños, niñas y adolescentes en su lugar de residencia. La misma debe ser preguntada en caso de identificar una mujer en situación de violencia. Ya que se asume por la evidencia científica disponible, que los niños, niñas y adolescentes que conviven con mujeres en situación de violencia, ameritan atención ya sea por exposición directa o indirecta a la violencia.

Nota: para las niñas y adolescentes menores de 13 años, se aplicarán los protocolos vigentes del MSP, para cada tipo de violencia, según corresponda.

TIP 2. Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia contra la mujer [a]

Problemas físicos

Signos funcionales:

- consultas reiteradas por problemas de salud poco específicos, múltiples, inexplicables o sin diagnóstico claro;
- síntomas físicos crónicos inexplicables (idiopáticos): dolores, astenia, síntomas digestivos, sensación de entumecimiento y hormigueo de las manos, palpitaciones, sensación de opresión y dificultad para respirar;
- consumo inadecuado (insuficiente o sobreuso) de medicamentos, ejemplo analgésicos;
- intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas.

Signos clínicos

- lesiones traumáticas, en particular si son reiteradas y la mujer proporciona explicaciones vagas o inverosímiles al respecto;
- enfermedad crónica descompensada
- problemas relacionados con el sistema nervioso central, por ejemplo, cefaleas, problemas cognoscitivos, hipoacusia;

[a] Adaptado de los documentos:
Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians. Am JLifestyle Med, 2011, 5:428-439.
Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer (p. 3) [Recommandation de bonne pratique]. 2019, 3.

8.1.1.2 Pasos para la detección de la Violencia Basada en Género:

1) Reciba a la usuaria y consulte su expediente clínico.
   Si es usuaria subsecuente, revise si ya se le ha aplicado la Historia de Violencia, en el marco del periodo que le corresponde (en general últimos seis meses; si la usuaria está embarazada o viven con alguna discapacidad o diagnóstico de enfermedad mental, últimos tres).
2) Si es usuaria de primera vez o el expediente clínico no tiene la Historia de Violencia aplicada en el período, proceda a llenarla, tratando de obtener respuesta a todas las preguntas mediante diálogo con la usuaria, recuerde siempre demostrar interés real en las respuestas a estas preguntas.
3) Preferiblemente realice las preguntas antes de la exploración física. Esto es parte de la 28 historia clínica. En caso de que no pueda realizarlo antes, deberá esperar a finalizar el examen físico, para aplicar el cuestionario.
4) Introduzca las preguntas, explicando brevemente que, dado el alto índice de violencia contra la mujer, Profamilia ha tomado la decisión de hacerle unas preguntas a todas las usuaria que acuden a solicitar servicios.
   - Pregunte en forma directa y uniforme, dando tiempo a que la usuaria responda.
   - Pregunte con calidez. Asuma una actitud abierta y respetuosa.
   - Evite realizar comentarios cualitativos en torno al problema y que influyan a la usuaria y la hagan sentir culpable por vivir o haber vivido una situación de violencia.
5) Tenga siempre la sospecha. Preste atención a los signos que se asocian con abuso como heridas, moretones, depresión, miedo, ansiedad, entre otros. En los tips 2 a 5, encontrará un listado más amplio de condiciones de salud que pueden estar asociadas a situaciones de VBG.

6) Cuando resulte una detección positiva, evaluando el riesgo de la vida de la mujer, informe sobre protección legal o policial y refugios. Las recomendaciones tienen que ser claras.
7) Asegúrese de que llenó todas las preguntas.
8) Si se resulta ser un caso de violencia basada en género, debe aplicar el o los protocolos que correspondan, según el o los tipos de violencia que haya(n) sido detectado(s). Es importante señalar que siempre que se identifique a una mujer en situación de violencia será necesaria la aplicación del protocolo de atención psicológica.
9) Después de aplicar el formulario, siempre garantice dar respuesta a la necesidad que dio origen a la demanda de sus servicios.

Todos los servicios de atención de Profamilia que reciben mujeres deben actuar para la detección precoz de los casos.

Una vez detectado el caso, **se debe determinar** si la mujer reconoce el maltrato o no y en qué fase del ciclo se encuentra. Según esta evaluación, la actuación será diferente en el caso del reconocimiento o negación del maltrato y dependiendo del nivel de peligro.

Debe explorarse si existen lesiones y hacer una valoración del estado emocional para que los casos en que se debe realizar **intervención en crisis** inmediata la reciba lo antes posible.

Determinar si existen hijos o hijas u otro familiar menor de edad a su cargo para incluirles en la atención de manera coordinada de acuerdo a lo establecido por el MSP para cada grupo poblacional según ciclo de vida.

TIP 3. Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia contra la mujer [a]

Problemas vinculados a la salud sexual y la salud reproductiva

- síntomas genitourinarios a repetición, como las infecciones vaginales, urinarias o renales;
- problemas de sexualidad, comportamiento sexual de riesgo
- resultados reproductivos adversos, incluidos múltiples embarazos no intencionales o abortos, retraso en la atención al embarazo, nacimientos con resultados adversos como partos pretérminos, ruptura prematura de membranas, CIUR, óbito fetal, muerte neonatal, muerte materna;
- comportamientos de riesgo durante el embarazo (consumo de tabaco, alcohol, drogas, mala nutrición)
- síntomas reproductivos idiopáticos, incluidos el dolor pelviano y la dispareunia;
- hemorragias vaginales reiteradas e infecciones de transmisión sexual (ITS);

a Adaptado de los documentos:
Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians. Am JLifestyle Med, 2011, 5:428-439.
Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer [Recommandation de bonne pratique]. 2019, p. 2.

Tener en cuenta que las embarazadas, adolescentes, las mujeres con discapacidad, las inmigrantes y las mujeres que viven en áreas rurales son más vulnerabilizadas y necesitan una atención especial.

8.2 Protocolo de Atención Psicológica en Caso de Violencia Basada en Género

Tomando como punto de partida que la escalada del ciclo de la violencia demuestra que la misma inicia con violencia psicológica, la cual se mantiene incluso cuando escala hacia otras expresiones violentas, se hace evidente que toda mujer sobreviviente a situaciones de violencia debe recibir especial atención en cuanto a su salud mental. Es por eso que a continuación se presenta el protocolo a aplicar para la atención psicológica de las mujeres sobrevivientes a situaciones de violencia. El mismo debe ser aplicado en todos los casos, combinado con los demás protocolos aquí incluidos según las necesidades que impongan las circunstancias de cada mujer.

Es importante, leer antes el Protocolo General de Actuación para la Atención en Violencia Basada en Género disponible en el punto 8.1 ya que en esta sección solo se presentan las especificidades para la atención psicológica, la cual está concebida en dos momentos diferentes, según las necesidades de cada mujer.

TIP 4. Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia contra la mujer [a]

Problemas visibles en consulta de odontología

- fractura dental recurrente, fractura de dentadura postiza, etc.;
- llagas en la cara o en membranas mucosas orales, equimosis, hematomas, etc.
- asimetría en la cara, flacidez facial.
- trastornos de oclusión.
- dolor en la articulación temporomandibular.
- actitud "demasiado" resistente al dolor.
- actitud muy dócil, incluso congelada.
- trastornos somáticos.
- incapaz o poco dispuesto a abrir la boca.
- reflexiones durante el examen clínico tales como: "Tengo la impresión de que estoy siendo violado".

[a] Adaptado de los documentos:
Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians. Am JLifestyle Med, 2011, 5:428-439.
Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer (p. 3) [Recommandation de bonne pratique]. 2019, 3.

Se prevé la necesidad de intervenciones con objetivos a muy corto plazo, para la gestión de crisis; y otras intervenciones a mediano y largo plazo, cuya finalidad se proyecta para contribuir al equilibrio emocional estable que sirva de base para el desarrollo integral de esa mujer en proceso de superar la violencia. (Haute Autorité de Santé, 2019)

TIP 5. Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia contra la mujer a

Problemas psicológicos

- síntomas de depresión, propensión al suicidio o autoagresión;
- síntomas sugestivos de trastorno por estrés postraumático (TEPT) (trastornos del sueño [dificultad para quedarse dormida, insomnio o despertarse durante la noche, pesadillas], hipervigilancia, trastorno o modificación del comportamiento)
- Problemas emocionales: cólera, vergüenza, sentimiento de culpa, de humillación, de impotencia, autodesvalorización;
- consumo abusivo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas;
- estados de ansiedad, de pánico o manifestaciones de fobia;
- trastornos de alimentación: horarios irregulares de alimentación, anorexia o bulimia;
- problemas cognitivos: dificultad de atención, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria

[a] Adaptado de los documentos:
Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians. Am JLifestyle Med, 2011, 5:428-439.
Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer (p. 3) [Recommandation de bonne pratique]. 2019, 3.

8.2.1 Intervención en Crisis

Esta primera ayuda psicológica es realizada por el servicio de Consejería, siempre que el personal de la clínica haya recibido el entrenamiento para su realización. En su defecto, es realizada por el servicio de psicología.

Una crisis se puede definir como un estado temporal de trastorno y/o desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Crisis también se denomina a aquel momento en la vida de una persona en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que ella presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y se encuentra bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

La intervención propuesta sirve para ofrecer una ayuda inmediata, al igual que facilitar la salud emocional.

Los métodos utilizados para prestar auxilio a las víctimas de una crisis son conocidos de manera genérica como técnicas de intervención en crisis y tienen como propósito esencial:

- Restablecer la capacidad personal para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- Proveer asistencia a estas personas para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Indicadores de crisis:

- Llanto incontrolable
- Manifestación de que fue violada(o) o abusada(o)

- Ansiedad, dificultad respiratoria, sudoración, temblores
- Se niega a expresar sus sentimientos
- Habla continuamente y de modo desorganizado de los hechos que le afectan.
- Rehúse comer o beber.
- Tenga persistentes problemas de insomnio.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Esté muy deprimida, ansiosa y hable de que desee estar muerta.
- Tenga comportamientos extraños, suspicaces o con francas alucinaciones.
- Su conducta es peligrosa para sí misma, o para los demás y no acepta ayuda.
- Intento o amenaza de suicidio.
- Siempre se está quejando de síntomas somáticos variados y continuos.
- Sufra desmayos o convulsiones.
- Está muy irritable o nerviosa.
- Tenga pesadillas frecuentes.
- Llanto frecuente e inmotivado.
- Pelea con facilidad, se siente herida o dañada por pequeñeces.

Pasos para realizar la Intervención en Crisis

1. Escuchar de qué modo visualiza su situación la persona en crisis, a fin de lograr que se sienta escuchada, aceptada y apoyada.
2. Analizar las dimensiones del problema en lo que implica en sus diferentes momentos: pasado inmediato, presente y futuro inmediato, para que la persona logre ordenar sus necesidades y priorice los conflictos que requieren solución inmediata
3. Identificar soluciones alternativas y buscar medidas de autoprotección.
4. Ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta hacia la superación de la crisis.
5. Establecer un procedimiento para el seguimiento a la usuaria, a fin de verificar el progreso.

Acciones importantes durante la realización de una intervención en crisis

- Conservar una actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme
- Tener firmeza, flexibilidad y decisión
- Demostrar una actitud de protección, comprensión y aceptación; no de crítica, enjuiciamiento, consejo ni sermoneo
- Mantener una actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese libremente y llore sin avergonzarse
- No hacer por la persona, lo que ella puede hacer por sí misma
- Respetar los comportamientos defensivos que mantienen el funcionamiento de la persona en la etapa aguda de las crisis
- Ser capaz de autocontrolar su propio comportamiento
- Capacidad de guardar confidencias
- Ser capaz para coordinar trabajos en equipo

8.2.2 Sesiones terapéuticas:

El MSP establece en el Protocolo de Atención Psicológica en caso de Violencia que dicho proceso terapéutico estará contenido en un mínimo de 6 a 8 sesiones que pueden ser semanales, siendo posible realizar alguna cita extraordinaria si el caso lo amerita. Cada sesión se tomará de 45 minutos a una hora (ver cuadro).

Se establece una cantidad mínima de sesiones, sin limitar la cantidad máxima, pues este número dependerá tanto del nivel de daño identificado en la evaluación inicial, como del progreso de la mujer en cada sesión terapéutica.

En cada sesión se debe evaluar el riesgo que corre la sobreviviente y sus hijas e hijos, ya que esto le permitirá tomar conciencia del peligro que reviste la situación y facilitará la organización del seguimiento y la puesta en marcha de los dispositivos de ayuda a la mujer.

CUADRO SESIONES TERAPÉUTICAS MINIMAS

SESIÓN	CONTENIDO
1	Levantar informaciones sobre los acontecimientos. Aplicar la herramienta de valoración de riesgos (ver sección herramientas). Informarle sobre sus derechos. Elaborar el plan de seguridad de emergencia. Informarle sobre los servicios que ofrece el centro y los procedimientos a seguir. Realizar los referimientos que sean necesarios.
2 y 3	Analizar con la usuaria el ciclo de violencia y motivarla a identificar en la etapa que se encuentra, llevarla a darse cuenta de la relación de violencia a la que está sometida, disuadiéndola de las justificaciones que aporta tanto al comportamiento de ella como el del agresor. Realizar la exploración social e identificar recursos con los que cuenta - Estructura familiar: unidad de convivencia (genograma). - Dinámica familiar: autoritarismo, rigidez de normas, estereotipos de género, antecedentes de violencia - Situación laboral: Formación profesional, historia laboral - Situación económica: Grado de dependencia. Vivienda. - Apoyo social o aislamiento. - Recursos personales de afrontamiento: grado de identificación con los roles tradicionales, miedos, experiencias previas - Valoración de otras posibles víctimas en la familia.
4 y 5	Identificar y socializar estrategia a utilizar para enfrentar el problema. Socialización de técnicas para el manejo de emociones, miedo, rabia, culpa, duelo y manifestaciones de ansiedad. Fortalecer las capacidades de toma de decisión y el empoderamiento.
6 y 7	Elaborar un plan y/o proyecto de vida. Dar seguimiento a los referimientos. Evaluar y reforzar técnicas para manejo de emociones. Evaluar y reforzar las capacidades de toma de decisión. Fortalecimiento de la autoestima.
8	Seguimiento al plan y/o proyecto de vida. Evaluar avances. En caso de que la usuaria muestre avances, dejar cita abierta para el caso que sea necesario.

Referimiento a Psiquiatría

Según lo establece el protocolo institucional de Servicios de Psicología se debe indagar y profundizar [especialmente en las o los sobrevivientes adolescentes y en algunas mujeres], las señales de depresión severa, ansiedad, ideas suicidas [u homicidas], pérdida del contacto con la realidad y trastornos destacados que requieran medicación, para referir de inmediato a psiquiatría.

Es recomendable auxiliarse para estos fines en su red de apoyo a la que se debe orientar sobre las señales de peligro para que las puedan identificar.

Luego de haber valorado el nivel de riesgo de la sobreviviendo y de haber confirmado la vía de seguimiento adecuada para su caso, si es pertinente, se le dará seguimiento vía telefónica u otra vía acordada, y se le asignará nueva cita cuando ya tenga una medicación y la situación que le aquejaba se encuentre bajo control.

8.3 Protocolo de Actuación ante Mujeres en Situación de Violencia Física

Es importante, tener en cuenta leer antes el Protocolo General de Actuación para la Atención en Violencia Basada en Género disponible en el punto 8.1 ya que en esta sección se presentan las especificidades para la atención a mujeres en situación de violencia física.

1) Entrevista clínica

a) Llenar el formulario de Historia de Violencia
b) Ofrecer ayuda en todo momento, evitando presionar a la usuaria y/o la re-victimización.
c) Tratar las lesiones físicas dependiendo según necesidades específicas y capacidad de resolución del centro de salud (suturas, cirugías, antibióticos, toxoide tetánico, analgésicos, otros)
d) Tratar de no ofrecer informaciones sin un conocimiento adecuado.
e) Confiar en el testimonio de la usuraría, evitando minimizar o agravar los hechos.
f) Informar con detalle los procedimientos que le serán realizados, donde y por quien.

2) Evaluación diagnóstica:

a) Historia clínica:
   i) Enfatizar en los antecedentes de violencia (durante la niñez, adolescencia, embarazo, separación, otros)
   ii) Indagar situación familiar, vínculos y formas de resolver conflictos en la pareja.
   iii) Recolectar información sobre situación económica en el hogar (actividad laboral, desempleo, otros)
   iv) Investigar antecedentes familiares.
   v) Investigar antecedentes de lesiones físicas frecuentes y uso de servicios de salud (frecuencia, ausencias, cumplimiento de citas y tratamientos)
   vi) Indagar uso y/o abuso de alcohol, drogas ilícitas y psicofármacos.

b) Examen físico:
   i) Realizar examen físico completo de la persona.
   ii) Observar el estado emocional de la persona afectada, poner atención al lenguaje no verbal.
   iii) Observar y valorar las lesiones físicas:
   iv) Naturaleza (contusión, erosión, hematoma, excoriación, mordedura, quemadura, otros)

v) Origen (contusa, por arma blanca, arma de fuego, quemadura, otras)
vi) Otras características (forma, color, longitud, trayecto, numero de las lesiones, otras).
vii) Completar la historia clínica, detallando los hallazgos encontrados en el examen físico.
viii) Registrar en el mapa corporal del instrumento de registro de atención a la violencia las lesiones encontradas.

c) En caso de violencia sexual concomitante a la violencia física, manejar según el protocolo de actuación de la violencia sexual.

3) Exámenes complementarios:

a) Pruebas hematológicas (Hemograma y otras pruebas específicas según se requiera).
b) Estudios diagnósticos según necesidades (radiografías, TAC, sonografías, otros)

4) Tratamiento:

a) Tratar las lesiones físicas según necesidades específicas y capacidad de resolución del centro de salud (suturas, cirugías, antibióticos, toxoide tetánico, analgésicos, otros)

5) Brindar información:

a) Hacer sentir a la persona que no está sola.
b) Informar sobre la violencia y sus consecuencias, incluyendo el peligro para la vida de la persona violentada y sus familiares.
c) Informar sobre alternativas legales y recursos de apoyo.

6) Referencia y contrarreferencia:

a) Referencia interna:
   i) Referir en caso de crisis emocional para manejo por personal del área psicológica
   ii) A un servicio dentro de un mismo establecimiento de salud, según el caso lo amerite.
b) Referencia externa:
   i) A un centro de salud con la capacidad resolutiva que el caso amerite.
   ii) A servicios de tipo legal y de apoyo a víctimas de violencia.
c) Contrarreferencia:
   Los casos recibidos como referencia deben ser devueltos a su lugar de origen, luego de ser atendida la situación que ameritó la referencia, utilizando los formularios de referencia y contrarreferencia establecidos para esos fines.

7) Seguimiento:

a) Debe ser realizado por :
   Por el equipo multidisciplinario de profesionales de Profamilia capacitado y sensibilizado en el manejo de la violencia.

8.4 Protocolo de Actuación ante Mujeres en Situación de Violencia Sexual

El esquema de atención integral en salud definido por el MSP para mujeres en situación de violencia sexual incluye las siguientes acciones:

a. Soporte de primera línea o intervención en crisis;

b. Tratamiento de lesiones o problemas de salud;
c. Atención clínica posterior a la violación, incluida la anticoncepción de emergencia (si es <5 días), PEP del VIH (si es <72 horas), profilaxis de ITS, vacunación contra la hepatitis B y el VPH, recolección de evidencia forense;
d. Apoyo psicosocial básico;
e. Evaluación y referencias para depresión moderada a severa, TEPT;
f. Documentación y registro de la atención;
g. Referencia según sea necesario.

La atención varía en función del momento en que se detecta la historia de violencia sexual. Si embargo, siempre se informará la disponibilidad de Profamilia para apoyarla con los servicios que dispone la institución y que sean pertinentes para la restitución de la salud y los derechos de la sobreviviente.

En casos de mujeres que refieren haber sobrevivido a hechos de violencia sexual que tienen más de 5 días de haber ocurrido, ninguna acción preventiva del punto c es adecuada pues ya no sería efectiva. No obstante, el resto de los elementos de atención pueden ser pertinentes según cada caso. Por lo que es importante ofrecerlos y que la mujer conozca que están a su disposición.

En caso de que el episodio de violencia haya ocurrido hasta cinco días previos a la atención, como máximo, infórmele a la sobreviviente sobre la existencia de las medidas de prevención de embarazo; y si el hecho ocurrió menos de 72 horas antes de su detección informe de los servicios de prevención de VIH y otras ITS disponibles en la clínica. Si la persona viene referida directamente a nuestra institución, se aplicarán las mismas medidas.

Atención Integral a Sobrevivientes de Violación Sexual Reciente (menor a 5 días):

El manejo de la mujer que sobrevive a una agresión sexual debe ser enfocado en varios aspectos, multidisciplinario, pero a la vez individualizado y atendiendo cada caso en particular, sin salirse de los lineamientos generales y apegados a las normas nacionales del Ministerio de Salud Pública.

Esta atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinario el cual debe estar integrado por: consejera/ro, médico, enfermera y psicóloga/o. Cada persona con funciones específicas dentro del equipo y manteniendo siempre comunicación continúa sobre los casos que se presentan.

Las sobrevivientes de violación sexual deben de ser tratadas como una emergencia médica sea cual sea el servicio al que se presenten.

En primer lugar hay que garantizar respeto y confidencialidad, permitir que la mujer hable, mostrar interés en resolver su problema con sensibilidad y compasión, muchos de los casos son realmente conmovedores y trágicos, pero no se debe mostrar la propia debilidad o manifestar sensacionalismo, evitando comentarios innecesarios que no ayudan en nada.

Servicio de Consejería

Componentes básicos de la Valoración Inicial:

- Orientación sobre el servicio
- Llenado del formulario de seguimiento a personas en situación de violencia
- Intervención en crisis
- Verificación de posibles problemas familiares y/o de pareja.
- Valoración de adaptación previa

- Los mecanismos de enfrentamiento
- El manejo de la rabia (que se puede proyectar hacia las/os proveedoras/es)
- Deconstrucción de sentimientos de culpa
- Manejo de la inseguridad
- Manejo de las alteraciones del funcionamiento psicosocial
- Llenado y explicación del consentimiento informado
- Referimiento a psicología
- Referimiento para evaluación médica y odontológica, esta última según necesidad.

Descripción:

Orientación sobre el servicio

Después de darle a la sobreviviente una breve y respetuosa bienvenida, se presentará como la consejera de la clínica que le va apoyar en la parte de orientación sobre el servicio.

Debe recibir una atención personalizada, indagar sus conocimientos sobre la profilaxis post exposición y explicarle de manera sencilla en qué consiste, la importancia de la misma; describir los procedimientos a realizarle y porqué debe ser vista por un equipo multidisciplinario, para crearle un clima de confianza, credibilidad y confidencialidad.

Aplicar el Formulario de seguimiento a personas en situación de violencia

Antes de proceder al llenado del formulario se debe lograr la empatía con la sobreviviente para poder lograr los datos requeridos, explicándole previamente la importancia del mismo. Se debe respetar el silencio de la misma y se le pide que frente a las preguntas sobre el hecho, si no puede responder de inmediato (porque las preguntas del mismo a veces destapan la crisis), se tome su tiempo para que no sienta la presión frente a la respuesta que se espera de ella. Debe registrarse en este formulario el nombre completo de la usuaria y su número de expediente clínico.

Este formulario contiene datos de la sobreviviente respecto a la agresión misma tales como: datos del (la) agresor(a), y descripción de algunos aspectos del hecho, tipo(s) de violencia de la que fue víctima, si hubo intoxicación forzada, contacto con los genitales, penetración y/o eyaculación, uso de condón, entre otros.

En la sección de observaciones localizada al final de la primera cara del formulario se pueden abundar respecto a detalles que se consideren pertinentes, tales como el tipo de armas utilizadas para generar heridas o coaccionar a la sobreviviente o precisar algún tipo de sustancia la mujer haya consumido antes o después de la violación como alcohol, medicamentos u otras drogas.

Además este formulario permite registrar los diferentes servicios que se le suministran a la sobreviviente en el centro de salud de Profamilia.

El correcto llenado de este formulario es muy importante porque da aporta datos relevantes para que el personal médico tome acciones respecto a la indicación o no de medicamentos; así como para la coordinación del conjunto de servicios involucrados en la atención integral de esta mujer.

IMPORTANTE: Consejería tiene la responsabilidad de garantizar que este formulario esté totalmente lleno. Cada personal que entre en contacto con la usuaria completará todos los datos del mismo que surjan durante su interacción con la usuaria. Cuando un servicio recibe la usuaria, antes de iniciar la anamnesis leerá completamente el formulario de esa mujer. Los datos que lleguen registrados no se

deben volver a preguntar; especialmente en los que se relacionan con el cómo, ni mucho menos el porqué de los hechos. El objetivo de esta medida es evitar la revictimización.

Intervención en Crisis

Una violación sexual implica una crisis personal. La sobreviviente se encuentra con un evento inesperado que le causa un gran impacto no sólo a nivel físico y emocional; sino que también tiene trascendencia familiar y social, pues afecta todo el contexto que le rodea alterando sus vínculos afectivos con sus seres queridos y allegados.

Este servicio en general es ofrecido por el área de consejería, siempre que cuente con personal que haya sido capacitado. En caso de no disponer de este personal, el servicio es asumido por el área de psicología.

La consejera o psicóloga debe facilitarle a la sobreviviente un clima favorable para que sienta la disposición de escucharle, apoyarle y orientarle, facilitando la expresión de sus emociones tales como: impotencia, miedo, rabia, culpa, y/o temor frente a las ITS, VIH, embarazo y/o posibles nuevas acciones violentas del(os) agresor(es). La consejera o psicóloga debe tratar de bajar los niveles de ansiedad con que llega la sobreviviente, porque por el nivel de impacto de la agresión a veces no sabe la razón por la cual la refieren a la clínica (especialmente las referidas de Fiscalía). Debe proceder a indagar cuál es su mayor preocupación en ese momento y dependiendo de su respuesta iniciar con aclaraciones e informaciones inmediatas para que pueda estar apta para responder las preguntas.

Por ejemplo: Le preocupa que el agresor tenga una ITS o el VIH, o que la haya embarazado; por lo que de inmediato se procede a explicarle que de eso se trata el programa de la clínica, de evitar esas posibles infecciones o un embarazo, entre otros aspectos.

En caso de niños, niñas y adolescentes

Si la víctima de violación sexual reciente es una persona menor de 16 años y requiere hacerse la prueba de VIH, se necesita que su madre, padre o tutor/a firme el consentimiento informado con su respectivo número de cédula de identidad. Para el tratamiento con ARV es necesario referir a un Servicio de Atención Integral a PVVS que cuente con personal especializado en manejo de VIH pediátrico.

Recomendaciones para la atención a las/os adolescentes:

- Tomar en cuenta sus emociones, dudas, inseguridad y sentimientos y estar capacitada/o para el abordaje a esta población para garantizarle un servicio amigable.
- Informarle de manera clara y sencilla el o los procedimientos a seguir tanto a la/el joven como a sus familiares acompañantes.
- A la/el adolescente debe hacérsele la entrevista a solas en una primera ocasión, para garantizarle un clima de confianza, discreción absoluta y seguridad en el servicio al que tiene derecho.
- Involucrar al padre, madre o tutor(a) previo acuerdo con la/el joven, sin revelar a los mismos sus aspectos personales e íntimos.
- Si la/el joven se siente insegura/o con el proveedor o proveedora, debe preguntarle si desea la presencia del adulto acompañante en la entrevista inicial y sopesar la posibilidad de hacer o no preguntas íntimas que puedan crearle una situación embarazosa frente a su familiar

acompañante.
- Trabajar con padre, madre o tutores alguna dificultad o conflicto que tengan en el seno familiar para asegurar el apoyo que requiere para el éxito del tratamiento a seguir.
- No revelar ningún tipo de resultado o emitir ningún informe por escrito, que resulte comprometedor para la persona adolescente, a ningún adulto que así lo solicite, sin previo acuerdo con la/el joven, excepto alguna petición oficial del sector judicial.

Verificación de posibles problemas familiares y/o de pareja tras la violación

La consejera debe verificar la probabilidad de la existencia de algún conflicto que pueda tener la persona víctima de violencia sexual, especialmente con su madre, padre o con su pareja por la acción misma de ese hecho; ya que suele darse el caso que le cuestionen su veracidad y esto genera dificultades aún mayores de las que ya tiene esta mujer que necesita todo el apoyo de sus allegados.

Trabajo con la pareja

Se debe proceder a trabajar con la pareja de la sobreviviente pues, con frecuencia, la pareja cree que teniendo relaciones sexuales con ella como consuelo por haber sido violada/o "le va a aliviar la pena". Debe explicársele las secuelas que conlleva el bloqueo psicosexual frente a estos casos, para lograr su mayor comprensión.

Referimiento a Consulta para evaluación médica

Una vez llenado el Formulario de seguimiento a personas en situación de violencia (Ver anexo 2), se le debe explicar en qué consiste el chequeo médico, cuál es su objetivo y aclarar que aunque en algunos casos han sido evaluadas por una ginecóloga forense en Fiscalía, ese es un chequeo para un informe de peritaje y no con fines preventivos ni curativos como el de Profamilia.

También es importante, especialmente con adolescentes o mujeres que nunca habían tenido relaciones sexuales, crear un clima favorable antes del chequeo, explicando el proceso a seguir desde Consejería, antes de entrar a consulta.

Referimiento a Psicología

Siempre se realizará referimiento al Servicio de Psicología a toda persona víctima de violencia y/o abuso sexual que llegue a nuestras clínicas para lograr su estabilidad emocional. Se procede a realizar el referimiento ya sea a nivel interno o externo, antes que la persona se retire de la clínica. El seguimiento psicológico se realizará de acuerdo a lo establecido en el punto 8.2.

Consulta Médica para estos casos

En la visita inicial la/el ginecóloga/o deberá realizar lo siguiente:

- Asegurarse que la atención sea rápida, debe ser tratada como una emergencia médica.
- Debe ser atendida con privacidad, confidencialidad y respeto.
- Identificar el estado general de salud.
- Si presenta lesiones estas deben ser tratadas si el nivel lo permite, de lo contrario se referirá al profesional o nivel de atención adecuado dependiendo la complejidad del caso.
- Escuchar la historia con respeto y atención.

- Completar el Formulario de seguimiento a personas en situación de violencia (Anexo 2).
- Realizar el examen físico y ginecológico completo.
- Llenar la historia clínica general de la institución.

La/el ginecóloga/o realizará el examen físico teniendo en cuenta lo siguiente:

- Hacerlo acompañada/o y cuidadosamente.
- Evaluar aspecto general y signos vitales.
- Evaluación general de la piel en busca de lesiones.
- Examinar cara, cuello, extremidades, tronco, mamas, y abdomen.
- Examinar cara interna de muslos y glúteos, región perianal y ano.
- Realizar examen ginecológico con espéculo, si es necesario tomar muestras del aparato genital.

8.4.1 Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual

Una persona que sufre una violación sexual está expuesta a un sin número de infecciones, algunas prevenibles otras no, algunas con gran impacto y secuelas en su salud física y emocional, otras no tan relevantes. Teniendo en cuenta estos aspectos, la prevención a mujeres que han sufrido una violación sexual reciente se enfoca en tres grupos específicos:

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Virus de la Hepatitis B.
- Otras ITS.

En el caso de las ITS no prevenibles, el manejo estará basado en consejería. monitoreo con pruebas de laboratorio y tratamiento según protocolos del MSP.

La información sobre prevención de ITS incluye orientación sobre:

- Explicar riesgos y beneficios.
- Orientar sobre los efectos secundarios de los tratamientos que por lo general son leves.
- La conveniencia de tomar los medicamentos con alimentos.
- En caso de reacciones alérgicas acudir de inmediato a la clínica.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Importancia de mantener sexo seguro luego de la violación.

8.4.1.1 Prevención de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

8.4.1.1.1 Profilaxis Post-exposición no Ocupacional (PPE-n)

Consiste en administrar tratamiento antirretroviral lo antes posible luego de la exposición al riesgo de contraer VIH. La PPE-n es una forma de prevención secundaria cuando la prevención primaria ha fallado.

La administración de la terapia antirretroviral luego de la violación, es preferible dentro de las primeras 2 a 24 horas y obligatoriamente antes de las 72 horas de ocurrido el hecho. Se considera ineficaz después de las 72 horas, el tratamiento debe durar 30 días.

La razón por la cual debe usarse antes de las 72 horas es porque el virus del VIH, al igual que otros virus es un parásito intracelular obligatorio, el cual necesita para su replicación una célula huésped,

en este caso es el linfocito CD4. Sin embargo en estudios realizados en animales con la inoculación del virus en la vagina, se ha observado que el virus en las primeras horas invade las células de la lámina propia del tejido cérvico-vaginal, para luego pasar a la sangre alrededor del segundo al tercer día, lo que da una ventana de oportunidad con la pronta administración de los antirretrovirales de evitar la diseminación de la infección. Después del tercer día del contacto ya existen células infectadas con ADN proviral integrado en su genoma y al quinto día el virus se encuentra a nivel sanguíneo, luego pasa a ganglios linfáticos, sistema nervioso central hasta diseminarse por todo el organismo.

8.4.1.1.1.1 Indicación de la PPE-n

La Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA en República Dominicana publicada por el MSP en el 2018 establece que la PPE deber ser ofrecida a toda persona que no está infectada con el VIH, que estuvo expuesta a sangre, semen u otros fluidos corporales de otra persona cuya condición serológica para el VIH no es posible determinar o es VIH positivo. Autores también sugieren garantizarla si como consecuencia de una agresión de un ser humano hay mordeduras resultantes en sangre visible. (Hernández Ragpa et al., 2019)

Se recomienda el uso de la PPE-n en mujeres sobrevivientes de una violación sexual con EVIDENCIA DE ALTO RIESGO de infección por el VIH, para esto debe:

a) Evaluar el riesgo de contraer la infección (No se recomienda en casos de bajo riesgo).
   - Investigar las características de la agresión.
   - De ser posible debe determinarse el estado serológico de la fuente.
b) Determinar el tiempo transcurrido desde la exposición,
c) Debe evaluarse cada caso en particular evaluando riesgos y beneficios de la terapia antirretroviral, explicándole los posibles riesgos de contraer la infección por VIH y las posibilidades de evitarla con la terapia.
d) Instruirla sobre los posibles efectos secundarios o tóxicos.
e) Dejar decidir a la mujer.
f) Es imprescindible que la exposición sea ocasional y no recurrente.
g) En caso de exposición recurrente remitir al SAI, para fines de atención a esta particularidad.

8.4.1.1.1.2 Evaluación del Riesgo de transmisión de VIH

Existe evidente riesgo de infección por el VIH cuando hay exposición de: vagina, recto, boca, otras membranas mucosas o piel no intacta, con **fluidos contaminantes con el virus o potencialmente peligrosos, estos son: sangre, semen, fluido vaginal, secreción rectal y leche materna.**

No existe evidencia de riesgo cuando el contacto es a través de fluidos no contaminantes como son: saliva, sudor, lágrimas, vómitos, heces, orina o secreción nasal, siempre y cuando estos fluidos no estén contaminados con sangre.

TIP 4. Nivel de riesgo de infección por VIH según tipo de acto sexual	
Característica de la agresión:	**Evaluación de riesgo:**
Besos	Bajo
Fluidos sobre piel íntegra	Bajo
Exposición de mucosas	Alto
Mordedura con rotura de piel	Bajo
Sexo oral	Bajo
Ingestión única de leche materna infectada	Bajo
Fluidos en el ojo o en la boca	Alto
Recepción vaginal sin trauma	Alto
Recepción anal	Alto
Recepción vaginal o anal con trauma	Muy alto

El riesgo depende también del tipo de acto sexual:

- Coito anal receptivo 0.1- 3%
- Coito vaginal receptivo 0.1 - 0.2%
- Coito vaginal insertivo 0.03 - 0.09%
- Sexo oral 0.005 - 0.01%

Factores que aumentan el riesgo de transmisión del VIH:

- Acto: abuso sexual sostenido, exposición múltiple.
- Víctima: joven, lesionada o con membrana mucosa no-intacta, menstruando.
- Fuente: VIH (+) con carga viral alta, padece de otra infección de transmisión sexual (ITS), hubo eyaculación anal o vaginal.

8.4.1.1.1.3 Criterios Básicos para el uso de la PPE-n en casos de violencia sexual

- Menos de 72 horas de ocurrido el hecho.
- Exposición con riesgo alto de infección por el VIH:
  - Anal receptiva no protegida con o sin eyaculación.
  - Vaginal receptiva no protegida con o sin eyaculación.
  - Relación oro-genital con eyaculación.
- Deseo y compromiso de la sobreviviente de usarla.

8.4.1.1.1.4 Terapia antirretroviral recomendada para adultos y adolescentes de 16 años en adelante

Aunque las cifras de transmisión del VIH tras violación sexual no son conocidas, se considera que el riesgo de infección es más alto que una relación sexual "normal" principalmente por existir traumatismos. El riesgo aumenta en las jóvenes pues el epitelio vaginal es más fino cuando existe una ITS, en caso de exposición múltiple y en general, existe gran riesgo de infección si el agresor es VIH positivo o padece otras ITS.

Los esquemas de tratamiento recomendados por el MSP para PPE son los siguientes

1. Tenofovir/Emtricitabina(300/200)mg + Raltegravir 400 mg (TDF/FTC + RAL)

2. Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Darunavir/ritonavir (800/100)mg (TDF/FTC + DRV/R).
3. Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Atazanavir/ritonavir (300/100) mg. (TDF/FTC + ATV/r).
4. Zidovudina/Lamiduvina (300/150 mg) + Lopinavir/ritonavir) (AZT/3TC + LOP/r).

8.4.1.1.1.5 Entrega de la terapia antirretroviral

Una vez que se decide el uso de la terapia antirretroviral con su indicación médica, la usuaria pasará a recoger sus medicamentos, semanalmente, y en cada una de ellas se debe:

- Vigilar y orientar sobre los efectos secundarios y posibles toxicidades medicamentosas.
- Reforzar la adherencia.
- Verificar dosis perdidas de los medicamentos.
- Recordatorio sobre la realización de las visitas de seguimiento y realización de pruebas de laboratorio.
- Completar los datos en el libro de registro.

Registro de Entrega de TARV:

- Nombre de la persona y teléfono
- Número de expediente
- Fecha de inicio de la terapia
- Medicamentos entregados y cantidad 33
- Frecuencia de la entrega
- Dosis perdidas y fecha de la suspensión
- Efectos adversos observados
- Observaciones
- Firma de quien entrega y de la usuaria.

8.4.1.1.1.6 Efectos secundarios y tóxicos de los ARV

Los principales efectos secundarios que se espera puedan ocurrir con los ARVs, son los mismos para aquellos pacientes que por su condición de VIH son tratados con estos, pero con la diferencia que se usa sólo por un periodo de 28 días y los efectos son menores. Sin embargo debe realizarse una buena consejería para evitar el abandono de la terapia.

Los efectos secundarios más frecuentes que se pueden presentar son: Trastornos gastrointestinales tales como **epigastralgia,** náuseas y **vómitos.**

Debe orientarse a la paciente sobre la importancia de completar el tiempo requerido pudiéndose emplear medicamentos que ayuden a dichos síntomas como protección gástrica y/o la ingesta de los medicamentos con los alimentos para evitar estos efectos.

La cefalea, mareos y astenia son menos frecuentes y por lo general no requiere de suspensión de la terapia.

Las reacciones alérgicas con estos esquemas son poco frecuentes, pero en caso de presentarse puede requerir suspensión de la terapia.

Los efectos tóxicos severos o de mayor importancia que podrían presentarse sobre todo por la Zidovudina son: anemia, neutropenia, hepatotoxicidad y acidosis láctica, aunque por el corto tiempo

de duración de la terapia es raro que se presenten, sin embargo es importante por esta razón el monitoreo con pruebas de laboratorio para evitar estas complicaciones.

8.4.1.2 Pruebas de Laboratorio basales

Para la mujer que va a usar la terapia antirretroviral se deben realizar algunas pruebas para determinar el estado previo de salud ya que podría estar contraindicada la terapia. Sin embargo el no tener a mano de inmediato estas pruebas no debe retrasar el uso del tratamiento. Estas son:

- Hemograma
- VIH
- HBsAg (Hepatitis B)
- HVC (Hepatitis C)
- VDRL (Sífilis)
- Prueba de embarazo en sangre
- Función hepática
- Función renal

Para la mujer que no cumple los criterios de uso de la terapia antirretroviral, es decir, aquellas que llegan después de 72 horas u otras razones médicas, las pruebas iniciales son:

- VIH
- HBsAg
- HVC
- VDRL
- Prueba de embarazo en sangre

8.4.2 Visitas de seguimiento con PPE-n

Con las visitas de seguimiento se completará el proceso y se conocerá el resultado o la efectividad del tratamiento. Se le debe enfatizara a la mujer la importancia del cumplimiento de estas visitas, orientarla sobre un posible proceso retroviral agudo (primo infección por VIH) y que debe avisar ante cualquier síntoma que lo sugiera.

Recomendarle, mientras dure el seguimiento posterior a la violación, mantener sexo seguro mediante el uso de condón.

Las visitas de seguimiento deben ser:

- **Semanales durante la TARV. Debe incluir evaluación de la adherencia, entrega de medicamentos, vigilancia de efectos secundarios y tolerancia al tratamiento.**
- El primer mes, luego de completada la terapia, visita médica con el fin de evaluar el estado general de la paciente y realización de pruebas de laboratorio basales.
- El tercer mes pruebas de VIH, HBsAg, HVC.
- El sexto mes pruebas de VIH, HBsAg, HVC.

8.4.3 Visitas de seguimiento sin PPE-n

Para la mujer que no cumple criterios para el uso de la terapia antirretroviral por retraso en la llegada a la clínica o cualquier otra razón, pero tiene posibilidades de adquirir el VIH, debe realizarse monitoreo al primer mes, tercer y sexto con las pruebas de laboratorio.

En caso que en las pruebas basales la paciente resulte ser VIH (+), la PPE-n no le ofrece ninguna

ventaja adicional, entonces pasará al Servicio de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) de la institución.

8.4.3.1 Prevención de la Infección por el Virus de Hepatitis B

La profilaxis para la Hepatitis B se realiza mediante los siguientes dos medicamentos:

- Vacuna Antihepatitis B
- Gammaglobulina humana Anti-hepatitis B.

La vacuna Anti-hepatitis B se deberá administrar dentro de los primeros 7 días posteriores a la exposición (máximo hasta14 días). Completar luego el esquema, segunda dosis al primer mes y tercera a los 60 días de la primera dosis. Esta vacuna puede ser aplicada a embarazadas y mujeres que vivían ya con VIH antes de la violación.

La Gammaglobulina humana Anti-hepatitis B se deberá administrar dentro de las primeras 48 horas después del hecho. Una dosis única luego de la exposición proporciona protección inmediata. Usar cuando esté disponible.

8.4.3.2 Prevención de otras infecciones de transmisión sexual

Para la prevención de otras ITS se recomienda un manejo sindrómico en lugar de etiológico, tomando en cuenta las ITS más frecuentes en nuestro país así como las de mayor repercusión. Se recomienda las normas de la Organización Mundial de la Salud para mujeres no embarazadas. Luego de un examen ginecológico completo, de ser posible tomar muestras previas de cultivo de secreción vaginal.

Tratamiento para Clamidia, Gonorrea y Sífilis:

Para la prevención de las ITS de origen bacteriano más frecuentes en el país la evidencia científica disponible sugiere la aplicación de una combinación de antibióticos que sea de amplio expectro y que facilite la adherencia al tratamiento.

En ese orden, Profamilia ha asumido la siguiente combinación partiendo de lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para Infecciones de Transmisión Sexual del MSP y el Protocolo de la misma institución para la atención a sobrevivientes de violencia sexual:

- Azitromicina 1gr. dosis única vía oral
- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única
- Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única.

En caso de un resultado positivo en las pruebas de laboratorio realizadas, se procederá a tratar según lo establecido en los protocolos de atención del MSP para la ITS diagnosticada.

8.4.4 Prevención de Embarazo

Se propondrá la administración de la anticoncepción de emergencia cuando ha habido penetración, derramamiento de semen en vulva, exista contacto con los genitales, se desconozca lo sucedido o simplemente la mujer desee usarla.

La anticoncepción de emergencia se realiza con dos opciones: 1. Píldora anticonceptiva de emergencia y 2. El Dispositivo Intrauterino.

El protocolo de anticoncepción publicado por el MSP en 2019 orienta que en caso de utilizar la píldora anticonceptiva de emergencia se indique, entregue y explique el modo de uso y dosis en base al tipo de píldora y la siguiente posología:

- Píldoras de solo levonorgestrel: 1.5 mg vía oral, dosis única o 0.75 mg vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas.
- Píldoras de solo norgestrel: 3 mg vía oral, dosis única.
- Anticonceptivos orales combinados (Yuzpe): 0.1 mg de etinilestradiol + 0.5 mg de levonorgestrel, vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas o 0.1 mg de etinilestradiol + 1 mg de norgestrel, vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas.
- Píldoras de acetato de ulipristal: 30 mg dosis única.

Información sobre las píldoras de Anticoncepción de Emergencia:

- Explicar sobre sus beneficios y posibles efectos secundarios tales como: náuseas, vómitos, mareos, cefalea, dolor abdominal, alteración transitoria del ciclo menstrual y especifique que no tienen repercusiones sobre su salud.
- Advertirle que no previene de infecciones de transmisión sexual.
- Recordarle a la mujer que si requiere luego de anticoncepción deberá usar un método de uso continuo.
- Adviértale que, ante la ocurrencia de vómitos en el marco de las 2 horas de haber tomado una dosis de anticoncepción oral de emergencia, esta deberá ser repetida.
- Infórmele que puede quedar embarazada inmediatamente después de haber tomado anticoncepción de emergencia y ofrézcale consejería para la selección de anticoncepción de uso continuo si la usuaria así lo requiere.
- Si existe la posibilidad de que la mujer podría estar embarazada, realice previamente la prueba de embarazo en sangre para descartar que fuese producto de la violación.

Para el uso de las píldoras de Anticoncepción de Emergencia tener presente:

- Iniciarla lo antes posible luego de la agresión
- Es eficaz dentro de los primeros 5 días
- Es más eficaz mientras más pronto se inicie
- Se puede usar en cualquier día del ciclo menstrual
- Tiene eficacia de un 60 a 90%
- No protege contra infecciones de transmisión sexual
- La toma de la prueba de embarazo no debe retrasar su administración

Información sobre el Dispositivo Intrauterino (DIU)

Ofrezca inserción de DIU previa consejería, consentimiento informado y voluntario de la usuaria y si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada.

Informaciones e indicaciones posinserción del DIU

- Oriente a la usuaria en relación con un posible dolor pélvico transitorio tipo calambre.
- Indique ibuprofeno en dosis de 200-400 mg, vía oral, cada 8 horas, previa ingesta de alimentos o paracetamol 325-1000 mg, en caso de necesidad.

- Informe y programe evaluaciones clínicas de seguimiento luego de la primera menstruación, después de la inserción del DIU o entre las primeras 3-6 semanas de ello, especificando que puede acudir al servicio fuera de estos periodos si considera necesaria su atención.
- Informe a la usuaria que su capacidad fértil queda restablecida inmediatamente se ha retirado el dispositivo.

Criterios para uso de Anticoncepción de Emergencia:

- Mujer con capacidad para reproducir.
- No está usando un método anticonceptivo eficaz o tiene uso inadecuado del mismo.
- Debe tomarse dentro de las 120 horas después de la exposición, es decir, hasta 5 días después.
- Deseo de la mujer de usarla.

En la historia clínica se registran los resultados de los análisis de laboratorio y sus observaciones para seguimiento médico y en caso de ser necesario, podrían ser utilizados con fines legales.

En caso que la sobreviviente cumpla con los criterios para uso de terapia antirretroviral, antibióticos para prevención de otras ITS y anticoncepción de emergencia, podrá usar todos los medicamentos según indicación médica.

Capítulo III

HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN

9. HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN

A lo largo de este protocolo se ha instruido la realización de varias acciones que para las cuales en este capítulo se facilitan elementos de su descripción y otros para su estandarización. El personal de Profamilia, cuenta aquí con algunas herramientas que buscan facilitar las tareas que les corresponden realizar para contribuir al restablecimiento de la salud y la defensa de la vida y los derechos de las mujeres en situación de VBG.

9.1 Evaluación del nivel de riesgo o peligrosidad

Al detectar a una mujer en situación de violencia, resulta imprescindible la realización de la evaluación del nivel de peligrosidad que enfrenta la misma; ya que los estudios han demostrado que la violencia basada en género, en especial la violencia ejercida por la pareja íntima, escala y progresa en un círculo vicioso del que se habló anteriormente y que culmina con el feminicidio como la expresión más extrema de la VBG. Situación que por su frecuencia ya es considerada un problema de salud pública en el mundo y en República Dominicana.

La situación de una mujer se considera de peligro extremo cuando presenta la posibilidad de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos e hijas. La percepción de la mujer respecto al peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos/as, será considerada directamente como peligro extremo.

Peligro no extremo corresponde cuando la situación actual de violencia basada en género se caracteriza por manifestaciones que no indican riesgo inminente para la vida de la mujer o de sus hijos/as. Si la sobreviviente no se siente en peligro de agresiones graves o de muerte, pero en cambio, la/el profesional estima lo contrario, debe hablar francamente con ella. Si está en una situación de alto riesgo y planea abandonar a su agresor, es imprescindible ayudarle a elaborar un plan de seguridad, si es el primer contacto, o actualizarlo si ya había sido realizado.

Para la evaluación del nivel de riesgo o peligrosidad se toma en consideración 5 dimensiones, a partir lo planteado por María Cecilia Claramunt y asumido por la Organización Panamericana de la Salud:

1. Peligro inminente de daños
2. Peligro de feminicidio
3. Peligro de daños auto infligidos
4. Peligro de graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva
5. Peligro de daño a las personas menores de edad involucradas

Para evaluar estas dimensiones, se sugiere utilizar preguntas simples tales como:

1. ¿Cree que estará segura al regresar a su casa?
2. ¿Ha aumentado la frecuencia o la severidad de la violencia física en el último año?
3. ¿Alguna vez él ha tratado de ahorcarla?
4. ¿Hay alguna arma de fuego en la casa?
5. ¿Él usa drogas (cocaína, crack, estimulantes u otras drogas compradas en la calle)?
6. ¿Él amenaza con matarla y/o Ud. cree que él es capaz de matarla?

7. ¿Él está borracho todos o casi todos los días?
8. ¿Él es celoso de forma violenta y constante? (Por ejemplo, ¿él le dice "eres mía o de nadie"?)
9. ¿Alguna vez ha usted amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo?
10. ¿Alguna vez él ha amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo?
11. ¿Él es violento con sus hijos?

Para profundizar respecto a este tema, se incluye como anexo un resumen del material elaborado por Claramunt.

9.2 Plan de seguridad de la mujer

El plan de seguridad es el conjunto de estrategias, alternativas y medidas que una mujer en situación de violencia puede ejecutar en un caso de emergencia. [39]

La Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer del Ministerio de salud Pública establece que este plan se hace después de una valoración de riesgo, y debe ser preparado junto con la sobreviviente, tomando en cuenta sus necesidades y escenarios particulares, propiciando que sea realista y ejecutable en un momento de crisis. Deben estudiarse los posibles obstáculos a cada una de las acciones y tomar las medidas necesarias para su sustitución si fuese necesario. Hay que validar y respetar las decisiones de la mujer, pues es ella quien mejor sabe de sus riesgos y de la protección que necesita.

Elementos a tomar en cuenta para el plan:

1. Identifique lugar(es) de confianza donde podría acudir a refugiarse en caso de una emergencia, si es más de uno pedirle que priorice y que no le cuente a nadie en caso de que decida irse a dicho lugar.
2. Si no ha contado a nadie de su situación de violencia, hágalo sólo con persona(s) de confianza, de forma que pueda servirle de apoyo, pero con la salvedad que no lo comente a nadie, como medida de seguridad.
3. Haga acuerdos con estas personas de confianza sobre las señales que pueden ser interpretadas como un indicativo de alarma de que necesita ayuda inmediata, para que ésta le sea dada.
4. Hacer acuerdos con las hijas e hijos sobre sus propias medidas de seguridad si son testigos de violencia, como por ejemplo salir de la casa, pedir ayuda.
5. Fotocopie los documentos personales y guárdelos en un lugar seguro dentro de un bulto o cartera, que no sea el mismo lugar donde están los originales. De ser posible, esconda los originales donde una persona de suma confianza.
6. Aparte y ahorre todo el dinero que le sea posible, de ser necesario vaya separando y ahorrando pequeñas cantidades del dinero del diario.
7. Guarde cierta cantidad de dinero en efectivo para transportarse y mantenga su celular cargado y disponible para realizar llamadas.
8. Tenga a mano cosas claves, como algunas piezas de ropa para usted y sus hijas e hijos.
9. Realice una lista de otros objetos que le gustaría llevar consigo si tuviese la oportunidad de regresar a buscarlos o mandar a buscar, en caso de que salga de la casa.
10. Identifique posibles salidas de emergencia.
11. Planifique, practique y apréndase bien los pasos a seguir en caso de tener que escapar (si considera prudente, podría hacerlo con las hijas e hijos).

12. Si están en una discusión acalorada procure mantenerse en lugares que le ofrezcan posibilidad de escapar, como las puertas de salida y lejos de donde él pueda encontrar o tomar un arma u objeto que pueda usar como tal.
13. Cuando se marche, de ser posible, traiga a sus hijos consigo. Si usted piensa regresar posteriormente a buscarlos, la policía no podrá ayudarla a apartarlos del lado de su padre, a menos que usted tenga una orden judicial.

En el anexo 6 encontrarán un par de modelos de redacciones para el Plan de Emergencia extraídos de una Guía de trabajo para intervención en crisis con mujeres maltratada que fue publicada por la Organización Panamericana de la salud.

9.3 Alternativas para reducir el riesgo durante el seguimiento

- Asegurarse que las parejas que acompañen a las sobrevivientes a la clínica, no entren con ningún tipo de armas (de fuego, blancas, entre otras).
- Coordinar vigilancia con el personal de seguridad de la institución y/o las y los compañeros de trabajo cuando se conozca algún caso de hombre violento que sea pareja de una de las usuarias.
- El personal de salud no puede dar su información personal, ni su número de teléfono celular o residencial a las usuarias, se trata de una relación institucional, y para esos fines se utilizarán las vías de comunicación definidas por la Clínica o la UAE.

9.4 Respecto a la certificación médica

El certificado médico será entregado ante una petición de la usuaria, utilizando un papel con membrete de la Clínica de Profamilia. En el mismo se registran los hallazgos médicos y psicológicos identificados durante la anamnesis, el examen físico y las pruebas complementarias haciendo constar la atención que se ha realizado y la sospecha de que la mujer asistida fue víctima de violencia. Este documento no pretenderá certificar responsabilidades de los hechos y debe dejar claramente diferenciado, lo que se ha observado, palpado u oído, de lo que ha sido relatado por la usuaria del servicio de salud.

Es importante aclarar que estos certificados médicos constituyen un insumo o un punto de partida, en caso que la mujer decida proceder judicialmente; pero no constituyen un diagnóstico de certeza de que la mujer es víctima de violencia; ya que en el actual orden normativo dominicano, el personal de salud que se dedica a la atención clínica y quirúrgica no tiene potestad para investigar ni documentar con fines de denuncia legal a una mujer. Sólo al personal de salud vinculado al sistema judicial, en tanto que perito o forense, se le confiere ese rol en el sistema de protección y atención a víctimas de violencia.

9.4.1 Recomendaciones a tomar en cuenta al llenar un certificado

- No exprese juicio ni interpretación; quien certifica no comenta sobre la realidad de hechos, responsabilidad de terceros o imputabilidad.
- No nombre al tercero responsable por su nombre.
- Transfiera las declaraciones espontáneas de la víctima al modo declarativo, entre comillas, en la forma: “X dice habiendo sido víctima de...”, “la víctima declara... “,” de acuerdo con las

declaraciones de la víctima...".

- Registre las quejas exhaustivamente (sin interpretación ni clasificación) y entre comillas, y los síntomas expresado por la víctima usando sus palabras.
- Describa con precisión y sin ambigüedad los hechos médicamente establecidos (signos clínicos de lesiones, signos neurológicos, sensoriales y psicoconductuales observados), basados en el examen clínico.
- Incluir el historial que puede interferir con lesiones traumáticas (estado anterior) solo con el permiso expreso del paciente.
- Especificar qué causa síntomas psicológicos, cómo altera las condiciones y la calidad de vida de la persona. La violencia psicológica constituye una intrusión psíquica, al igual que la violencia física, y de larga duración.
- Mencione, si es necesario, elementos clínicos negativos; así como tomar fotos o llevar a cabo diagramas anatómicos fechados e identificados, con el consentimiento de la víctima y manteniendo un duplicado de Fotografías.

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

La Gerencia de Aseguramiento de la Calidad de Profamilia definió en el 2017 que para esta institución un servicio es de calidad "cuando la prestación de este se hace asegurando la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de quienes lo demandan y dicha prestación se hace de forma oportuna, pertinente, humanizada y segura; con talentos humanos competentes y comprometidos, con procesos normatizados, infraestructura y tecnología apropiada, enmarcados en la mejora continua y la sustentabilidad de la institución". A lo largo de este protocolo se ha podido apreciar de una u otra manera los elementos descritos en esta definición, y en esta sección se trabajará más a profundidad el componente de mejora continua.

En el marco de los servicios de salud, la asunción de procesos de mejora continua es un imperativo ético. Los mismos son imprescindibles para materializar el compromiso institucional de garantizar el derecho a la salud de quienes depositan su confianza, y hasta su vida, bajo el cuidado de los servicios de las Clínicas de Profamilia.

En cuanto a la atención a sobrevivientes de VBG, las estadísticas dominicanas y del mundo demuestran que es un tema de naturaleza y abordaje complejos que trasciende la calidad de vida para poner en peligro la vida misma de las mujeres. De aquí surge la necesidad de poder proveer servicios seguros, que contribuyan a que las mujeres rompan el ciclo de la violencia y se les restituyan sus derechos y su salud.

A fin de garantizar que los servicios ofrecidos desde la institución respetan el principio ético de "primero no hacer daño", se prevé desde este mismo protocolo mecanismos sistemáticos para el monitoreo y la evaluación de estos servicios, que se integran en el marco del proceso de mejora continua que caracteriza a Profamilia.

En el monitoreo y supervisión de las acciones de Profamilia para la prevención de la VBG y la atención a mujeres en situaciones de violencias participan las gerencias de Aseguramiento de la Calidad y la de Género y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Lo anterior procura garantizar una mirada integral que, en una lógica colaborativa, procure la coordinación de acciones entre servicios

clínicos, legales y de desarrollo socioeconómicos y evite el predominio de una mirada biomédica sobre la psicosocial, o viceversa.

10.1 Monitoreo

Dada la posibilidad de que una intervención dirigida a víctimas de violencia pueda exponer a las mujeres a un mayor riesgo o infligir un daño no intencional, se realizará un monitoreo sistemático de las acciones de las clínicas y programas institucionales; que permita documentar las acciones e identificar las oportunidades de mejora y las buenas prácticas.

El plan de monitoreo se centrará en seguir las acciones institucionales que tienen los siguientes objetivos:

- Mejorar el conocimiento, las actitudes y prácticas de las y los proveedores respecto a la atención integral en salud a las sobrevivientes de violencia basada en género
- Aumentar la toma de conciencia de las y los proveedores en materia de violencia basada en género como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos
- Incrementar los niveles de detecciones, documentación y referencia de mujeres en situación de VBG
- Aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de asistencia a las sobrevivientes de VBG.
- Garantizar la calidad de atención durante la detección y la atención

El monitoreo se concreta en la medición de los indicadores presentados a continuación, seguidos de las fuentes de información propuestas para cada uno. En la matriz institucional de indicadores se aportan detalles, tales como la definición, la fórmula y la periodicidad de su cálculo.

Indicador	Fuente de datos
1. Cantidad de integrantes del personal capacitados en VBG	Informes de las capacitaciones
2. Perspectivas de las y los proveedores con miras a tratar la violencia basada en género	Entrevistas a profundidad, reuniones, discusiones de caso, encuesta CAP proveedores/as
3. Porcentaje de proveedores que reconocen la violencia basada en género contra la mujer como un tema de salud pública en el que como proveedor/a tiene responsabilidades para su solución	Encuesta CAP proveedores/as
4. Porcentaje de proveedores que aplican el cuestionario de detección de VBG según la periodicidad y situaciones previstas en el protocolo	Historia Clínica Electrónica (HCE)/ Auditorías de expedientes
5. Porcentaje de usuarias sometidas a una detección	HCE
6. Proporción de usuarias sometidas a detección de VBG según tipo de servicio y referidas según las políticas de las clínicas	HCE/ Sistema de facturación/ Auditorías de expedientes
7. Cantidad y los tipos de servicios prestados a mujeres en situación de VBG	HCE/ Sistema de facturación/ Auditorías de expedientes
8. Proporción de proveedores que son capaces de demostrar su habilidad para realizar una detección y responder adecuadamente a una revelación de un hecho de violencia	Discusiones de caso, reuniones de las clínicas, cliente secreto
9. Porcentaje de usuarias que informan que su detección se realizó de manera privada, no durante un examen clínico, y de manera respetuosa y cuidadosa	Cliente secreto, encuesta de satisfacción
10. Perspectivas de las sobrevivientes acerca de la calidad de los servicios, beneficios y riesgos	Entrevistas a profundidad / Encuesta de satisfacción / Buzón de sugerencias

10.2 Estrategias de supervisión

La supervisión es un trabajo indispensable en todo programa de intervención ante el problema de VBG. Se realizará con el enfoque de la supervisión capacitante, aportando al personal supervisado las herramientas y apoyo requeridos para implementar la mejora necesaria, de manera inmediata o en un corto plazo.

El contacto en el terreno con el personal de atención directa brinda la oportunidad de búsqueda activa de faltas éticas. En las atenciones aquí protocolizadas la supervisión tendrá muy en cuenta el respeto a la confidencialidad y los derechos de las mujeres mientras reciben servicios en las clínicas institucionales.

En coherencia con una gestión de servicios centrados en las personas usuarias, la supervisión priorizará las necesidades de las mujeres y no la comodidad o preferencia de las/os proveedoras/es de servicios directos. En las atenciones a sobrevivientes de violencia este enfoque puede representar la diferencia entre la vida y la muerte de la usuaria.

10.2.1 Actividades de supervisión y evaluación de la calidad

Actividad	Supervisa o evalúa a	Observaciones
Reuniones de revisión de resultados del programa de atención integral en salud a mujeres en situaciones de VBG	Clínica de Profamilia	Se presentan los resultados de los cálculos de indicadores y el análisis de estos, su evolución y factores asociados a la misma. Se identifican oportunidades de mejora y buenas prácticas que puedan ser generalizadas o reforzadas.
Reuniones del equipo multidisciplinario para discusión de casos	Personal clínico y de apoyo	Bajo formatos específicos para aprovechar el tiempo de una manera eficaz y eficiente. Por ejemplo, tener cuidado de que las mismas no se conviertan en un intercambio de historias de vida (y maltrato de las mujeres victimizadas) sino por el contrario, en el enriquecimiento profesional a partir del intercambio de las estrategias de intervención.
Revisión de historias clínicas	Personal médico, de enfermería, consejería y psicología	Para verificar el abordaje realizado (no sólo la detección), de manera que esté indicado claramente.
Supervisión individual periódica con cada terapeuta	Personal de psicología	Por medio de la grabación del audio de sesiones, previo consentimiento informado de las usuarias para ello, guías escritas de las sesiones y la discusión de tópicos relevantes. Estas sesiones duran aproximadamente cuarenta minutos.
Clientes secretas	Personal clínico y de apoyo	Se sigue la metodología ya trabajada en Profamilia. Dadas las características de este tema, no se recomienda emplear casos reales. Según las características de cada tipo de caso que se represente, se puede evaluar la calidad de atención de los diferentes tipos de personal que intervienen en las acciones descritas en este protocolo.

Actividad	Supervisa o evalúa a	Observaciones
Encuestas periódicas de satisfacción de usuarias	Personal clínico y de apoyo	En la encuesta sistemática de satisfacción de usuarias que realiza Profamilia en cada clínica, se incluirá algunas preguntas respecto al programa de Atención integral a mujeres en situación de VBG. Para poder medir evolución, se determinará preguntas que serán fijas; pero según las necesidades del programa se puede valorar agregar alguna pregunta específica con carácter transitorio.
Formulario específico del servicio de atención a VBG para el buzón de quejas y sugerencias	Personal clínico y de apoyo	En el marco de los buzones de quejas y sugerencias de las clínicas, se creará un formulario corto, que de un lado quede abierto para el registro de quejas y sugerencias; mientras que del otro lado tendrá unas preguntas para evaluación rápida de la satisfacción con el servicio a atención a mujeres en situación de VBG.

11. GLOSARIO

Adherencia: Es el grado de cumplimiento que tiene un paciente de su terapia antirretroviral.

Agresor: Persona que perpetra un crimen.

Amenaza: Consiste en una acción o palabra intimidatoria que tiene por objeto forzar la voluntad de la víctima y alterar sus decisiones.

Astenia: Es un síntoma que se caracteriza por la sensación de cansancio, fatiga o debilidad física.

Azitromicina: Es un antibiótico del grupo de los macrólidos, viene con diferentes marcas comerciales, dada su prolongada vida media puede ser administrado en una sola toma al día de 500mg - 1 gr. en comprimidos para la vía oral.

Cefalea: Hace referencia a los dolores o molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza.

Ceftriaxona: Es un antibiótico de la clase de las Cefalosporinas de tercera generación por lo que tiene amplio espectro en contra de las bacterias Gram (+) y Gram (-).

Ciprofloxacina: Es un antibiótico del grupo de las Fluoroquinolonas, es un antibiótico de amplio espectro contra bacterias Gram (+) y Gram (-).

Coacción: Obligar a la víctima a hacer algo que ella no quiere o impedirle hacer lo que desea, usando directamente la fuerza o la intimidación.

Contaminante: Es todo agente físico, químico o biológico capaz de provocar daño a la salud.

Epigastralgia: Es un síntoma caracterizado por dolor en el epigastrio o parte alta del abdomen generalmente producido por irritación del estómago.

Especuloscopía: Es parte del examen ginecológico y consiste en la introducción de un especulo en la vagina de la mujer para poder observar el interior de la vagina y el cuello del útero.

Estado serológico: En el caso del VIH se refiere a la condición de positividad o negatividad de la prueba. Se conoce el estado serológico de una persona mediante la realización de la prueba de VIH.

Fluido: Se refiere a líquidos o secreciones que se encuentran en los diferentes compartimientos del organismo como son la sangre, secreción vaginal, secreción rectal, leche materna, saliva, sudor entre otros.

Fuente: Es la persona causante de la infección o el contagio en el caso de las violaciones sexuales el violador vendría a ser la fuente, la cual puede ser positiva o negativa.

Gammaglobulinas: Se utilizan para tratar enfermedades o prevenir en caso de exposición por ejemplo en el caso de la hepatitis se usa cuando existe exposición y la persona no ha tenido un esquema completo de vacunación contra esta enfermedad.

Gastrointestinal: Se refiere al sistema digestivo.

Género: "Es una construcción cultural, social e histórica que sobre la base biológica del sexo determina normativamente la lo masculino y lo femenino en la sociedad" (CEPAL).

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa: Es un grupo de medicamentos antirretrovirales que son utilizados para tratar la infección por el VIH los cuales actúan bloqueando la enzima Transcriptasa Reversa la cual es una enzima utilizada por el virus para su propia replicación.

Lamivudina: Es un medicamento antirretroviral del grupo de los Inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa que se utiliza para el tratamiento del VIH. Viene en concentración de 150 mg para usar cada 12 horas y en comprimidos de dosis única acompañados de otros antirretrovirales.

Levonogestrel: Es una progestina sintética y es el principio activo de algunos anticonceptivos orales.

Mucosas: Tejido de finas capas de células que tapiza órganos externos o internos del cuerpo.

Perianal: Es la región anatómica correspondiente al piso de la pelvis y conformado por el conjunto de partes blandas alrededor del ano.

Prevención: Evitar que las consecuencias negativas se profundicen o que se generen otras nuevas. Cualquier intervención es preventiva.

a) Prevención Primaria: Disminuir la incidencia del problema mediante la detección y modificaciones de condiciones y factores de riesgo vinculados a la violencia doméstica.
b) Prevención Primordial: Disminuir la incidencia del problema en la comunidad y con grupos vulnerables mediante sensibilización y educación.
c) Prevención Secundaria: Disminuir la prevalencia para que no profundice mediante el diagnóstico y atención de casos.
d) Prevención Terciaria: Disminuir el daño que se ha producido en la familia y en las personas sobrevivientes de la violencia mediante la intervención en crisis.

Retroviridae: Es una familia de virus que comprende los retrovirus. Son virus con envoltura de ARN y se replican de manera inusual a gran velocidad y utilizando una célula huésped para tal replicación. A este grupo de virus pertenece el VIH.

Tamizado: Práctica de preguntar a las usuarias si han sido objeto de uno o más tipos de violencia contra la mujer.

Tenofovir: Es un medicamento antirretroviral que pertenece al grupo de los Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa. Viene en dosis de 300 mg para la administración oral de una vez al día y en combinaciones de dosis única con otros antirretrovirales.

Terapia antirretroviral: Es un grupo de medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH. Actúan inhibiendo la replicación del virus en las diferentes etapas de su ciclo de vida.

Víctima: Persona que sufre un daño físico, psicológico, sexual o económico provocado por un acto ejercido por otra persona.

Zidovudina: Es un medicamento antirretroviral el primero en el mercado para el tratamiento

del VIH. Pertenece al grupo de los Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa. Viene en presentación de 300 mg para uso vía oral cada 12 horas y en presentación de dosis combinada con otros antirretrovirales.

12.BIBLIOGRAFIA

25 Preguntas sobre violencia de género para detectar malos tratos. Oscar Castillero Mimenza. Psicología y mente, el 27 de agosto de 2017. https://psicologiaymente.com/forense/preguntas-violencia-genero.

Creando un Protocolo de Servicio de Detección y Atención en Violencia Basada en Género. En "¡Basta!", Boletín de IPPF/RHO sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. 2001. New York, EUA.

Concienciación de la violencia verbal a través de las comunidades de aprendizaje. Ayala Cuadrado, Elena. [Trabajo de fin de grado]. Universidad de Sevilla. 2017. p. 77. https://idus.us.es/handle/11441/63059

Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. García Torrecillas, Juan Manuel, Jesús Torío Durántez, María del Carmen Lea Pereira, María del Carmen García Tirado, y Ramiro Aguilera Tejero. *Atención Primaria 40, núm. 9 (el 1 de septiembre de 2008): 455–61. https://doi.org/10.1157/13126422.*

Documento de Trabajo sobre los Recursos Humanos en la Atención de la Violencia Basada en Género. *Claramunt, María Cecilia. 2001. Costa Rica.*

Documentos de trabajos sobre el protocolo de atención. *Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia, Inc. –Profamilia. Equipos de Proveedores/as de Salud de Profamilia. (2001-2005-2006) Santiago y Santo Domingo, República Dominicana.*

Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2007. *Oficina Nacional de* **43** *Estadísticas –ONE.* Santo Domingo, República Dominicana.

Essential Prevention and care intervention for adult and adolescent living with HIV in Resource limited setting. World Health Organization. 2008.

Feminicidio en la República Dominicana: Un estudio de los casos ocurridos en los distritos judiciales de Santo Domingo y Santiago en el período enero-diciembre del 2001. *Pola, María Jesús y otras. Profamilia, 2002. Santo Domingo, República Dominicana.*

Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. 2010. Sarah Bott, Alessandra Guedes, María Cecilia Claramunt, & Ana Guezmes. Federación Internacional de Planificación de la Familia -IPPF/RHO-; Organización Panamericana de la Salud -OPS-.

Gestión de la violencia de género (VG) en emergencias (Curso gratis en línea). Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-. 2017. En https://extranet.unfpa.org/Apps/GBVinEmergencies/index.html#spanish-version

Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Violencia Contra la Mujer. *Ministerio de Salud Pública –MSP, 2010. Santo Domingo, República Dominicana.*

Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA en República Dominicana. Ministerio de Salud Pública, junio de 2018. En https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1622/Guia%20Nacional%20de%20Atencion%20a%20la%20Poblacion%20Adulta%20con%20VIHSIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Guías Legales para uso de las Personas Prestatarias de Servicios y Atención a Mujeres Sobrevivientes de Violencia de Género. *Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia, Inc. – Profamilia, 2001. Santo Domingo, República Dominicana.*

Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. Hernández Ragpa, L., Valladolid Urdangaray, A., Ferrero Benéitez, O. L., & Díez Sáez, C. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2019. 37(3), 187–194. En: https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.11.004*

Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Claramunt, María Cecilia. Serie Género y Salud Pública 1. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 1999. http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/gph1.pdf.

Normas Nacionales para la Atención Integral en Salud a la Violencia Intrafamiliar Contra las Mujeres. Serie Normas Nacionales No. 24. Primera edición, 2002. *Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social – SESPAS.* República Dominicana.

Prophylaxis Postexposure Antiretroviral Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV the Recommendations from the U.S. *Department of Health*, 2009.

Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de Violencia Basada en Género. *Gomes de Almeida, Mônica y Ney Francisco Pinto Costa. Publicada por: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM). 2003. Brasil.*

Protocolo de Servicios de Psicología, *Profamilia, 2010. Santo Domingo, República Dominicana.*

Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud. *UNFPA, Medicina Legal y Ciencias Forenses. BDG, Bogotá Positiva; Alcaldía Mayor de Bogotá. D. C./ Secretaría de Salud. Colombia.*

Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. Tourné-García, Marina, Mónica Ruiz-Hernández, Mª Concepción Escribano-Sabater, Amor Gea-Serrano, y Emilia Salmerón-Arjona. Servicio Murciano de Salud, 2007. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/fr/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_primaria_Murcia.pdf.

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer. Haute Autorité de Santé. (2019). (p. 3) [Recommandation de bonne pratique]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: En la ruta hacia el acceso universal. *OPS/OMS*. 2007.

Violencia doméstica: preguntar para detectar. Sala Musach, Inmaculada, Ana Rosa Hernandez Alonso, Roser Ros Guitart, Gemma Lorenz Castañe, y Neus Parellada Esquius.. *Atención Primaria 42, núm. 2 (el 1 de febrero de 2010): 70–77. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.007.*

Violencia conyugal en la República Dominicana: hurgando tras sus raíces. *Cáceres Ureña, Francisco I., y Germania Estévez Then. Profamilia, 2005. Santo Domingo, República Dominicana.*

13. ANEXOS

1. Cuestionario de detección de Violencia Basada en Género
2. Formulario de atención a personas en situación de violencia
3. Formulario para la atención legal
4. Formulario de referimiento
5. Cómo evaluar si la vida de la mujer corre peligro
6. Guía para elaborar la planificación personal de seguridad
7. Derechos de las sobrevivientes
8. Preguntas alternativas para exploración de vbg
9. Directorio de instituciones con servicios para mujeres en situación de violencia basada en género

ANEXO 1.

Cuestionario de detección de Violencia Basada en Género

Número de expediente ____ Día ____ Mes ____ Año ____

1.1 ¿Se ha sentido alguna vez afectada/lastimada emocional o psicológicamente por alguna persona importante para usted? (Ejemplos: insultos constantes, humillación, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislar, etc.)

Sí	No	No sabe	No contestó
1	2	3	4

1.2 ¿Ocurrió en RD?

1	2	3	4

1.3 ¿Quién le maltrató?

Pareja		Ex-pareja		Padre Madre		Padrastro Madrastra		Ti@ Herman@		Otro familiar		Conocid@		Desconocid@	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

1.4 ¿Cuándo ocurrió?

	Semanas
	Meses
	Años
	No sabe/ No contestó

2.1 ¿Alguna vez alguien le ha hecho daño físico? (Ejemplos: golpes, bofetadas, patadas, empujones, pellizcos, quemaduras, mutilaciones, etc.)

Sí	No	No sabe	No contestó
1	2	3	4

1.2 ¿Ocurrió en RD?

1	2	3	4

2.3 ¿Quién le maltrató?

Pareja		Ex-pareja		Padre Madre		Padrastro Madrastra		Ti@ Herman@		Otro familiar		Conocid@		Desconocid@	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

2.4 ¿Cuándo ocurrió?

	Semanas
	Meses
	Años
	No sabe/ No contestó

3.1 ¿En algún momento de su vida ha sido tocada, manoseada o forzada a tener contacto o relación sexual?

Sí	No	No sabe	No contestó
1	2	3	4

1.2 ¿Ocurrió en RD?

1	2	3	4

3.3 ¿Quién le maltrató?

Pareja		Ex-pareja		Padre Madre		Padrastro Madrastra		Ti@ Herman@		Otro familiar		Conocid@		Desconocid@	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

3.4 ¿Cuándo ocurrió?

	Semanas
	Meses
	Años
	No sabe/ No contestó

Si tuvo al menos una pregunta con un SI

4.1 ¿Cuántas personas menores de 18 años viven con usted? ____ En caso que no viva ninguna colocar 0

Si vive algún(a) menor

	SI	NO	No sabe/ No contestó
4.2 ¿Alguna vez uno/a de esos/as niños, niñas o adolescentes ha recibido insultos, golpes o toqueteos?			
5.1 ¿Tiene miedo de su pareja o alguna otra persona cercana a usted?			
5.2 ¿Estará segura cuando regrese a su casa?			
6 ¿Le ofreció el apoyo de Profamilia?			
7 ¿La sobreviviente aceptó apoyo de Profamilia?			

Si la mujer aceptó el apoyo precisar el tipo de apoyo aceptado

8. Fue referida al servicio de:

	Interno	Externo
Consejería		
Psicología		
Especialidad médica		
Odontología		
Legal		

Si las respuestas a las 3 preguntas fueron negativas:

9. ¿Sospecha que esta mujer puede estar viviendo violencia basada en género? ____ No aplica ____ Si ____ No

Si no pudo aplicar el cuestionario, indique las razones: ____

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE VBG

Paso 1: Anote el número de expediente clínico de la usuaria, el número del día, del mes y el año.

Paso 2: Haga a la usuaria cada una de las preguntas y marque la alternativa de respuesta correcta. Las respuestas están diseñadas de forma que usted simplemente coteje la alternativa que corresponde a la respuesta expresada por la usuaria.

Este formulario se debe aplicar a las usuarias que acuden en búsqueda de servicios en su primera visita y repetir posteriormente en intervalos de seis (6) meses en visitas subsecuentes. En caso de embarazos, mujeres con algún tipo de discapacidad o con diagnóstico de trastornos mentales los intervalos de repetición del formulario serán de tres (3) meses.

Sobre las alternativas de respuestas

Este formulario contiene 9 preguntas con el objetivo de detectar la experiencia presente o la historia de Violencia Basada en Género y de Violencia Intrafamiliar que ha vivido la usuaria. Las primeras cuatro preguntas se refieren al tipo de violencia. Se incluyen la violencia psicológica, verbal y emocional (1.1); la violencia física (2.1); la violencia sexual (3.1) y la historia de abuso sexual en la infancia (4.1).

De acuerdo a la respuesta, marque la alternativa correcta. Hay 4 alternativas y la opción es una: sí, no, no sabe y no contestó.

Si la respuesta es negativa:

Si la respuesta a la pregunta (1.1) es negativa, marque el recuadro correspondiente a la alternativa "No" y pase a las preguntas siguientes: 2.1; 3.1; y 4.1. Si la respuesta es negativa en todos los casos, pase a las preguntas 5.1 y 5.2.

- Evalúe el riesgo de la mujer.
- Informe sobre protección legal o policial y refugios (si es que existen). Las recomendaciones tienen que ser claras.
- Tiene tres alternativas: SÍ, NO, No Sabe o No contestó. Si contestó que sí, a cualquiera de estas dos preguntas, ofrézcale ayuda, registre esta acción marcando la opción sí, en la pregunta 6. Refiera a la usuaria al servicio que sea pertinente y regístrelo en las preguntas 7 y 8. Si la usuaria dice que no sabe o se niega a contestar se marca la última alternativa. Esta respuesta es importante para el seguimiento a la usuaria. Quizás, la primera vez, no sea necesario continuar profundizando pero en una consulta subsecuente o en el referimiento a la terapia psicológica (si quien aplica el cuestionario es del personal médico), habría que indagar porqué la usuaria no respondió o contestó que no sabe si ha sido maltratada o agredida.
- Pase a la pregunta 9. Si la mujer respondió que sí al menos a una de las preguntas 1 a 3, se selecciona la opción "No aplica". Si las respuestas a las preguntas 1 a 3 fueron todas negativas, entonces si considera que la mujer puede estar viviendo en situación de violencia, pero no se atrevió a admitirlo, seleccione la opción "Sí", de lo contrario, marque "No".

Si por alguna razón no pudo aplicar el "Cuestionario de detección de Violencia", escriba las razones en las últimas líneas del formulario, dispuestas para tal fin.

Si la respuesta es positiva en cualquiera de los casos:

- Marque el recuadro correspondiente a "Sí" y continúe con la pregunta: ¿Ocurrió en RD? (1.2; 2.2; 3.2). De acuerdo a la respuesta, marque la alternativa correcta. Hay 4 alternativas y solo debe elegir una opción entre: sí, no, no sabe y no contestó.
- Continúe con la pregunta: ¿Quién le maltrató? (1.3; 2.3; 3.3). Las alternativas son varias y las opciones también. Una persona puede ser agredida por su pareja, su padre, otro familiar.
  - En esta categoría marque el recuadro correspondiente al sexo: M para masculino y F para femenino.

- Continúe con la pregunta: ¿Cuándo ocurrió? (1.4; 2.4 3.4). Se refiere al tiempo de ocurrencia de la agresión. Hay cuatro alternativas: semanas, meses, años o no sabe/ no contestó.
  - Si la última agresión, viniese de quien viniese, ocurrió en las últimas 4 semanas, se 48 marca la alternativa "semanas". Este es un elemento importante a la hora de tomar en cuenta una decisión con respecto a la valoración de riesgo, los servicios que se le ofertarán a la usuaria y las recomendaciones para elaborar el plan de seguridad.
  - Si la agresión ocurrió hace más de un mes, se marca la alternativa "meses".
  - Si la última agresión ocurrió hace más de un año, marque la alternativa "años".
  - Si la persona dice que no sabe o la misma no contesta, marque la alternativa "No sabe/ no contestó". No debe forzarla a responder pero sospeche que hay o pudo haber violencia e infórmele de los servicios que hay en la institución.
- Si hay una detección positiva de violencia sexual que haya ocurrido hasta cinco días antes como máximo, previo a la atención, infórmele sobre la anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazos forzados producto de relaciones sexuales no consentidas o violación sexual; si es médico/a, indique análisis para la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida y, en caso necesario; indique antirretrovirales para la prevención de VIH/Sida comenzando lo antes posible en caso de que el hecho haya ocurrido en las últimas 72 horas.
- Pase al Formulario de atención a personas en situación de violencia (Anexo 4) y llene todos datos que pudo identificar en su interacción con la usuaria. Es muy importante, que registre todos los datos obtenidos durante su interacción con la sobreviviente, así evitamos que la mujer se tenga enfrentar a las mismas preguntas, una y otra vez, reduciendo la posibilidad de revictimización, en el transcurso de la atención en los servicios de Profamilia.
- Refiera a la usuaria al servicio que corresponda, según protocolo por tipos de VBG detectados. En estos servicios se completará los datos del formulario que usted no haya identificado al realizar las acciones correspondientes a su servicio.

ANEXO 2. FORMULARIO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

V 1.0

NO. EXPEDIENTE

profamilia

FECHA DE ATENCIÓN ____| ____|_____

FORMULARIO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN: ☐ CENTRO DE SALUD DE PROFAMILIA ☐ VISITA DOMICILIARIA ☐ TELEMEDICINA

DATOS DE LA PERSONA USUARIA ☐ TITULAR ☐ DEPENDIENTE ARS ☐ NO AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS | APODO

SEXO M ☐ F ☐ | FECHA NAC | NSS | CÉDULA ____/_____/____

CALLE. | CASA. NO | SECTOR

CELULAR | TELÉFONO | NACIONALIDAD

DATOS DE ACOMPAÑANTE 1

PARENTESCO/ RELACIÓN
☐ PADRE
☐ MADRE
☐ TUTOR
☐ PAREJA
☐ VECINO/A
☐ POLICÍA
☐ OTRO (ESPECIFICAR):

NOMBRES Y APELLIDOS

SEXO M ☐ F ☐ | APODO | CÉDULA ____/_____/____

CALLE. | CASA O APTO. NO.

SECTOR | TELÉFONO

DATOS DE ACOMPAÑANTE 2

PARENTESCO/ RELACIÓN
☐ PADRE
☐ MADRE
☐ TUTOR
☐ PAREJA
☐ VECINO/A
☐ POLICÍA
☐ OTRO (ESPECIFICAR):

NOMBRES Y APELLIDOS

SEXO M ☐ F ☐ | APODO | CÉDULA ____/_____/____

CALLE. | CASA O APTO. NO.

SECTOR | TELÉFONO

DATOS DEL CENTRO DE SALUD

☐ CLÍNICA
☐ UNIDAD DE APOYO EMOCIONAL

NOMBRE CLÍNICA

SERVICIOS BRINDADOS

☐ SESIÓN DE CONSEJERÍA
☐ CONSULTA MEDICINA GENERAL
☐ CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA
☐ ESPECIALIDAD:
☐ CONSULTA DE PSICOLOGÍA
☐ ATENCIÓN DE URGENCIA/ EMERGENCIA
☐ INGRESO HOSPITALARIO
☐ OTRO (ESPECIFICAR):

DATOS PERSONAL EQUIPO ATENCIÓN

TIPO DE PERSONAL		CONTACTO	FIRMA
CONSEJERA/O			
MÉDICO/A			
PSICÓLOGA/O			
ENFERMERA/O			
ODONTÓLOGA/O			
PROMOTOR/A			

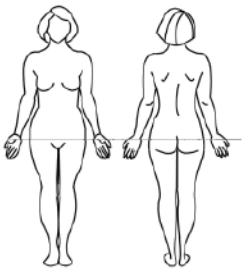
HALLAZGOS POSITIVOS DE LA EVALUACIÓN: MALTRATO FÍSICO

TIPO DE LESIONES

☐ MAGULLADURAS O MORETONES
☐ QUEMADURAS
☐ FRACTURAS ÓSEAS
☐ HERIDAS
☐ LESIONES VISCERALES
☐ MORDEDURAS HUMANAS
☐ INTOXICACIÓN FORZADA
☐ SINDROME DE NIÑO/A ZARANDEADO/A

LOCALIZACIÓN DE LESIONES

☐ CABEZA Y/O CUELLO
☐ CARA
☐ BRAZOS Y MANOS
☐ OIDOS
☐ TORAX
☐ COLUMNA VERTEBRAL
☐ ABDOMEN Y/O PELVIS
☐ ESPALDA Y/O GLÚTEOS
☐ PIERNAS Y/O PIES
☐ ÁREA GENITAL
☐ MÚLTIPLES
☐ OTROS



GRAVEDAD DAÑO FÍSICO

LEVE ☐
MODERADO ☐
GRAVE ☐
AMENAZA DE VIDA ☐

OBSERVACIONES

profamilia

HALLAZGOS POSITIVOS DE LA EVALUACIÓN

NEGLIGENCIA

- [ ] ESCASA HIGIENE
- [ ] FALTA DE SUPERVISIÓN
- [ ] CANSANCIO O APATÍA PERMANENTE
- [ ] PROBLEMAS FÍSICOS O NECESIDADES MÉDICOS
- [ ] EXPLOTACIÓN, SE LE HACE TRABAJAR EN EXCESO
- [ ] NO PERMITE IR A LA ESCUELA/ UNIVERSIDAD
- [ ] HA SIDO ABANDONADO/A
- [ ] OTRO (ESPECIFIQUE)

MALTRATO EMOCIONAL

- CRITICAS VERBALES FUERTES [ ]
- DENIGRACIÓN, HUMILLACIÓN [ ]
- EXCLUSIÓN [ ]
- RECHAZO [ ]

ABUSO SEXUAL

- [ ] SIN CONTACTO FÍSICO
- [ ] CON CONTACTO FÍSICO Y SIN PENETRACIÓN
- [ ] CON CONTACTO FÍSICO CON PENETRACIÓN Y SIN CONDÓN
- [ ] CON CONTACTO FÍSICO CON PENETRACIÓN Y CON CONDÓN
- [ ] DIFICULTAD PARA ANDAR Y SENTARSE
- [ ] DOLOR O PICOR EN LA ZONA GENITAL
- [ ] ROPA INTERIOR RASGADA, MANCHADA O ENSANGRENTADA
- [ ] CONTUSIONES O SANGRADO EN LOS GENITALES EXTERNOS, ZONA VAGINAL O ANAL
- [ ] CÉRVIX O VULVA HINCHADOS O ROJOS
- [ ] EXPLOTACIÓN SEXUAL
- [ ] INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- [ ] APERTURA ANAL PATOLÓGICA
- [ ] CONFIGURACIÓN DEL HIMEN
- [ ] CONDUCTA SOBRESEXUALIZADA
- [ ] VÍCTIMA DE TRATA

NIVEL DE PROBABILIDAD Y DIAGNÓSTICOS

[ ] MALTRATO PROBABLE [ ] MALTRATO CONFIRMADO DX. (CIE 10):_____

PERPETRADOR/A Y CONTEXTO

[ ] PERPETRADOR/A 1

SEXO M [ ] F [ ] EDAD [ ] - 18 AÑOS [ ] 18 O MAS

[ ] PERPETRADOR/A 2

SEXO M [ ] F [ ] EDAD [ ] - 18 AÑOS [ ] 18 O MAS

FRECUENCIA

[ ] 1ª VEZ [ ] RECURRENTE

LUGAR DE LA AGRESIÓN

- [ ] CASA
- [ ] ESCUELA
- [ ] ESPACIO PÚBLICO (CALLE, PARQUE, ETC.)
- [ ] LUGAR DE TRABAJO
- [ ] OTRO

Perpetrador/a 1	Perpetrador/a 2	INSTITUCIÓN
[ ]	[ ]	FAMILIA BIOLÓGICA
[ ]	[ ]	FAMILIA SUSTITUTA
[ ]	[ ]	HOGAR NNA
[ ]	[ ]	COMUNIDAD
[ ]	[ ]	ESCUELA
[ ]	[ ]	TRABAJO
[ ]	[ ]	OTRA INSTITUCIÓN

Perpetrador/a 1	Perpetrador/a 2	TIPO DE VÍNCULO		Perpetrador/a 1	Perpetrador/a 2
[ ]	[ ]	PADRE/MADRE	VECINO/ VECINA	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	PADRASTRO/ MADRASTRA	AMIGO/A DE LA CASA	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	ABUELO/ ABUELA	COMPAÑERO/A DE AULA O TRABAJO	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	TÍO/ TÍA	DOCENTE	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	HERMANO/ HERMANA	EMPLEADO/A ESCUELA O TRABAJO	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	PRIMO/ PRIMA	POLICÍA	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	HERMANASTRO/ HERMANASTRA	DESCONOCIDO/A	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	COMPAÑERO/A HOGAR NNA	OTRO (ESPECIFICAR)	[ ]	[ ]

NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CASO

[ ] COMPLEJIDAD ALTA [ ] COMPLEJIDAD MEDIA [ ] COMPLEJIDAD BAJA

TRATAMIENTO: ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS SEGÚN ÁREA DE TRABAJO

PSICOLOGÍA	CONSEJERÍA	PERSONAL MÉDICO/ ODONT	ENFERMERA/O	PROMOTOR/A DE SALUD
[ ] DETECCIÓN	[ ] DETECCIÓN	[ ] DETECCIÓN	[ ] ORIENTACION	[ ] VISITA DOMICILIARIA
[ ] EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	[ ] CONSEJERÍA/ COORD	[ ] PRUEBAS DE LABORATORIO	[ ] CURA	[ ] CONTACTO TELEFÓNICO
[ ] TERAPIA FAMILIAR	[ ] EVALUACION RIESGO	[ ] PROFILAXIS/TTO. PARA ITS	[ ] VACUNA HEPATITIS	[ ] REUNIÓN DE EQUIPO
[ ] TERAPIA INDIVIDUAL	[ ] PLAN DE EMERGENCIA	[ ] TTO. ANTIRRETROVIRAL	[ ] V. ANTITETANICA	[ ] OTRA
[ ] REUNIÓN DE EQUIPO	[ ] RECORDATORIO CITA	[ ] CONSULTA DE SEGUIMIENTO	[ ] ANTICONCEPCIÓN E	
[ ] OTRA	[ ] REUNIÓN DE EQUIPO	[ ] REUNIÓN DE EQUIPO	[ ] REUNIÓN DE EQUIPO	
	[ ] OTRA	[ ] OTRA	[ ] OTRA	

LABORATORIO

[ ] HEMOGRAMA [ ] PRUEBA EMBARAZO [ ] VRDL [ ] PRUEBA VIH [ ] PRUEBA HEPATITIS B [ ] PRUEBA HEPATITIS C [ ] FUNCIÓN HEPÁTICA [ ] FUNCIÓN RENAL

REFERIMIENTO A

TIPO DE SERVICIO	INTERNO	EXTERNO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	SI EXTERNO, NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA
SALUD	[ ]	[ ]		
SALUD	[ ]	[ ]		

NOTIFICACIÓN A

TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA
CONANI		
FISCALÍA		
ONG/ OTRA		

COORDINACIÓN CON

TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA
ESCUELA/ UNIVERSIDAD		
RED LOCAL		

Sello clínica o UAE

_____
Firma quien coordina la atención

ANEXO 3. FORMULARIO PARA LA ATENCIÓN LEGAL

Expediente No. _____

Fecha de atención ___/___/___/

Nombre de la Usuaria _____

Apodo_____ Edad_____ Cédula No. _____

Estado Civil _____ Dirección _____

_____ Sector _____

Teléfono(s) _____

Formación Académica _____ Trabaja: Sí No

Lugar de Trabajo _____ Sueldo devengado RD$ _____

Quién la remitió a Profamilia _____

A quién demandará o contra quién se querellará _____

Nombre demandado _____

Apodo _____ Cédula No. _____

Dirección (domicilio) _____

Sueldo devengado RD$ _____ Otras entradas RD$ _____

Está la usuaria en condiciones de sufragar algún gasto procedimental? Sí No

Tipo de caso: _____ Estado en que se recibió _____

_____

Recomendaciones: _____

Asesoría Legal _____ Acusación Legal _____

Asistencia Psicológica _____

Visitas realizadas a Profamilia en el transcurso del proceso (fechas):

1) ___/___/___/ 2) ___/___/___/ 3) ___/___/___/ 4) ___/___/___/ 5) ___/___/___/

6) ___/___/___/ 7) ___/___/___/ 8) ___/___/___/ 9) ___/___/___/ 10) ___/___/___/

Llamadas 1) ___/___/___/ 2) ___/___/___/ 3) ___/___/___/ 4) ___/___/___/ 5) ___/___/___/

Cuántas demandas en su caso: Divorcio _____ Violencia _____ Pensión _____

Guarda de menores _____ Otros _____

Institución a ser Remitida/o _____ Fecha de remisión ___/___/___/

Estado del caso al ser remitida/o _____

ANEXO 4. FORMULARIO DE REFERIMIENTO

Fecha: ____/____/____/

Clínica/ Unidad: _____

Nombre y apellidos: _____ _____

Edad_____ Motivo del referimiento _____

_____ _____

Tipo de servicio requerido: _____ _____

Breve descripción del caso: _____

_____

_____

_____

_____

Referida por: _____ Teléfono: _____

Referida a: _____ Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Fecha: ____/____/____/ Resultados de la atención: _____

__

_____

_

Nombre de quien le atendió: _____

Institución: _____

Nota: Es de nuestro interés saber sobre el seguimiento de la atención de este caso, por lo que le pedimos nos retroalimente a través del _____

con la persona que refiere.

ANEXO 5. CÓMO EVALUAR SI LA VIDA DE LA MUJER CORRE PELIGRO

Por María Cecilia Claramunt

Resumen

Después de detectar la violencia basada en género la proveedora puede evaluar si la vida de la mujer corre peligro por lo siguiente:

- Riesgo inminente
- Riesgo de muerte
- Riesgo de autodestrucción y
- Riesgo para la salud sexual y reproductiva.

Las mujeres que experimentan violencia enfrentan varios peligros, y la mejor manera de averiguarlos es preguntarles directamente.

La detección de experiencias de violencia es un requisito indispensable para poder proporcionar la orientación e información necesarias a las mujeres que sufren de violencia.

El proceso de detección puedes ser para muchas usuarias la única oportunidad para encontrar soluciones viables en torno a su seguridad personal y la de sus hijos/as.

Las mujeres que experimentan violencia conyugal enfrentan varios peligros, y la mejor manera de averiguar qué peligros enfrentan es preguntarles acerca de ellos.

Por ello, las/os proveedoras/es deben estar atentas/os y no minimizar ni descalificar las palabras de una mujer que piensa que ocurre peligro.

La situación más extrema que pone en riesgo la vida de la mujer -y que constituye uno de los factores de mayor peligro- es una reciente separación después de una relación caracterizada por el maltrato. Por esta razón, las/os proveedoras/es deben estar más dispuestas/os a escuchar y a hacer las preguntas correctas en este tipo de situaciones.

Sin embargo, la reciente separación no es el único factor que debe analizarse. Los riesgos relacionados con la violencia conyugal se pueden evaluar utilizando los siguientes criterios como punto de partida:

A. Riesgo Inminente

Se refiere a las situaciones donde la mujer maltratada corre el peligro de que en los próximos minutos, horas o días se desencadene una situación de violencia.

Las/os proveedoras/es de las distintas asociaciones que participan en el proyecto han observado situaciones de este tipo, cuando, por ejemplo, una mujer llega al servicio solicitando ayuda para esconderse o para escapar porque su agresor, que la ha amenazado, está buscándola en dicho sitio. En tal situación, es preciso determinar la posibilidad de violencia con preguntas sencillas tales como: ¿Cree usted que estará segura cuando regrese a su casa o salga de la clínica?

B. Riesgo de Feminicidio

El riesgo de perder la vida es una amenaza real para muchas mujeres maltratadas.

Cuando se identifican estas situaciones, las/os proveedoras/es deben actuar bajo el criterio de emergencia, ya que deben disponer de todos los recursos necesarios que permitan a la mujer ponerse a salvo.

Para fines de evaluar esta posibilidad existe un grupo de factores de riesgo. El primero de ellos 55 es la percepción que la mujer tiene del riesgo. Otros son:

- Si la severidad y la frecuencia del abuso ha ido aumentando con el tiempo.
- Si han ocurrido incidentes de abuso de alta peligrosidad, incluyendo por ejemplo golpes, fracturas, heridas en la cabeza, disparos, quemaduras severas, golpizas que han requerido intervención médica, entre otros.
- Si el compañero agresor abusa del alcohol o de drogas. En un sentido similar, si la mujer abusa de dichas sustancias, tiene disminuida su capacidad para escapar de una situación de violencia.
- Si él la ha amenazado de muerte.
- Si la pareja se ha separado recientemente. Éste es uno de los factores de mayor peligro, y en los estudios de Feminicidio se ha comprobado que la mayoría de las mujeres asesinadas por su pareja provienen de este grupo.
- Si el agresor tiene acceso a armas legales.

Las/os proveedoras/es de salud deben estar atentas/os a la presencia de cualquiera de estos factores.

Si éstos se presentan en forma combinada, es preciso tomar junto con la mujer las decisiones que le proporcionen la seguridad inmediata que ella necesita. Ella es la experta en conocer el nivel de peligro de su pareja; por ello, la mujer debe participar activamente en la elaboración de su propio plan de seguridad para ella y sus hijas/os.

C. Riesgo de Autodestrucción

Un gran número de mujeres se sienten impotentes frente a las amenazas que reciben de sus parejas. Han probado varias alternativas -como buscar ayuda de la familia o la policía- y nada les ha funcionado.
Pueden sentirse culpables y frustradas y el suicidio parece ser para ellas la única manera de acabar con su tortura.

Las/os proveedoras/es deben estar atentas/os a los signos clínicos de la depresión.
Sin embargo, al igual que con los factores anteriores, hacer preguntas directas puede ser la forma más sencilla de saber si la mujer ha pensado o intentado matarse.

Si hay historia de incesto en el pasado y violencia conyugal en el presente, es preciso evaluar esta posibilidad con más cuidado aún. Principalmente cuando existe riesgo de suicidio, pero también ante la presencia de los otros factores de riesgo, las/os proveedoras/es deben de tomar precauciones en torno a los medicamentos ofrecidos.

Los psicofármacos, por lo general, están contraindicados en todos los casos, ya que reducen la capacidad de la mujer para estar alerta y escapar de situaciones de abuso.

En mujeres con ideación o intentos suicidas, estos medicamentos pueden convertirse en el 56 instrumento para acabar con sus vidas.

D. Riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva

Las mujeres que sufren de violencia conyugal tienen mayor riesgo de experimentar, entre múltiples posibilidades de daño:

- Infecciones de transmisión sexual,
- disfunciones sexuales y
- embarazos no deseados.

E. Peligro de daño a las personas menores de edad involucradas

En los casos de violencia doméstica, es posible que no sólo se abuse de la mujer, sino también de los hijos e hijas. Además, entre las amenazas del agresor a la mujer puede figurar la de provocar daño a sus hijos. Por ende, es muy importante preguntarle a la mujer si sabe o sospecha que sus hijos o hijas (si los tuviera) han sufrido o están en peligro de sufrir abuso. Esto resulta especialmente importante en los casos en que la custodia es compartida o el agresor tiene derechos de visita a los niños y niñas sin supervisión.

Las/os proveedoras/es de salud deben estar atentas/os y tomar medidas necesarias en torno a dichos problemas. Ellas/os deben saber que si continúa la violencia, las consecuencias se vuelven reiterativas.

El papel de las/os proveedoras/es de salud ante situaciones de violencia puede sintetizarse en tres acciones:

1. Apoyo: Escuchar atentamente, mirar directamente a la cara y ofrecer palabras de aliento, pueden hacer que la mujer perciba que está siendo escuchada y comprendida.

2. Orientación en torno a la seguridad: Ofrecer información con el fin de que la mujer pueda elaborar su propio plan de seguridad, incluyendo a sus hijas/os.

3. Ayuda médica: Satisfacer las necesidades de salud que ameritaron la consulta, tomando en cuenta la historia de violencia.

ANEXO 6. GUÍA PARA ELABORAR LA PLANIFICACIÓN PERSONAL DE SEGURIDAD

I. Sugerencias para aumentar la seguridad en la relación

- Tener los # de teléfono que son importantes, disponibles para mí y mis hijos.
- Yo le puedo contar a _____ y a _____ sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos en mi casa.
- Si decido salir de la casa, yo me puedo ir donde (4 sitios):
  1. _____
  2. _____
  3. _____
  4. _____
- Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré:
  - el bebé y mis hijos pequeños
  - documentos:
  - medicinas:
  - tesoros:
  - otros:
- Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:
  - siempre tener cambio para el uso de teléfono;
  - abrir mi propia cuenta de ahorros,
  - poner en práctica la ruta de mi huida.

Fuente : Harvard Pilgrim - Health Care Foundation. Violence Prevention Project (1996) "Violencia Doméstica: Los Hechos". Boston, 12 citado en Claramunt, María Cecilia. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública 1. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 1999. http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/gph1.pdf.

Ejemplo de planificación personal de seguridad

Sugerencias para aumentar mi seguridad cuando se acaba la relación

- Yo podría : cambiar las cerraduras de las puertas, instalar puertas de metal y poner un sistema de luces fuera de la casa
- Informarle a _____ y a _____ que mi compañero ya no vive conmigo y si lo ven cerca de mis hijos o de mi casa que llamen a la policía
- Voy a dejar una lista de nombres con la persona que cuida mis hijos de quienes pueden recogerlos. Las personas son:
- Puedo hablar con _____ en el trabajo acerca de mi situación.
- Podría evitar las tiendas, bancos y _____ que usaba mientras yo y mi pareja estábamos juntos.
- Podría obtener una medida de protección, por ejemplo:
- Si siento que quiero regresar con la persona que me maltrataba, yo llamaré a _____
- Los números de teléfono de importancia son:
- Lista de documentos y objetos para llevarme : carné de seguro social, cédula, notas de mis hijos, órdenes de protección, papeles de divorcio, papeles del seguro, los juguetes, dinero, libretas del banco, tarjetas de crédito, artículos de valor sentimental, libreta de teléfonos, libros de mis hijos, medicina, ropa y_____

Fuente : Harvard Pilgrim. Health Care Foundation. Violence Prevention Project (1996) Violencia doméstica. Los Hechos. Boston, pág, 12; citado en Claramunt, María Cecilia. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública 1. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 1999. http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/gph1.pdf.

ANEXO 7. DERECHOS DE LAS SOBREVIVIENTES

1. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
2. Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
3. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades generadas por el delito.
4. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuita para ella y su familia, ofrecido por personal calificado.
5. Tener en cuenta el sexo del médico que atienda el caso. Darle la opción para que elija el mismo.
6. Explicar el procedimiento a realizar para que la evaluación médica no resulte invasiva.

Fuente: Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud. UNFPA, Medicina Legal y Ciencias Forenses. BDG, Bogotá Positiva; Alcaldía Mayor de Bogotá. D. C./ Secretaría de Salud. Colombia

ANEXO 8. PREGUNTAS ALTERNATIVAS PARA EXPLORACIÓN DE VBG

- ¿Qué es lo que menos te gusta de tu pareja?
- ¿Tienen una buena relación de pareja?
- ¿Cómo van las cosas con tu pareja?
- ¿Tienes algún problema con tu pareja?
- ¿Sientes que no te tratan bien en casa?
- ¿Consideras que la violencia y el maltrato se dan solo cuando hay golpes?
- ¿Te compara con frecuencia con otras personas y te pone por debajo de ellas?
- ¿Te insulta o te pone nombres feos o despectivos?
- ¿En alguna ocasión te humilla o te critica en público o en privado?
- ¿Alguna vez te ha dicho que no vales nada, que mereces estar muerta o que él es el único que podría quererte y le deberías estar agradecida?
- ¿Te sientes segura en tu casa?
- ¿Te controla sus salidas?
- ¿Alguna vez te ha cogido el celular o computadora y mirado tus mensajes sin permiso?
- ¿Te controla el dinero?
- ¿Te impide o prohíbe hacer cosas que te gustan o deseas hacer?
- ¿Te manda mensajes o te llama de forma continua para saber dónde y con quién estás?
- ¿Sientes que intenta alejarte de tu entorno?
- ¿Le molesta que tengas amigos masculinos o que tengas contacto con familia y amigos?
- ¿Te impide o te intenta convencer para que no trabajes?
- ¿Tienes miedo o alguna vez has tenido miedo de él?
- ¿Te ha amenazado alguna vez?
- ¿Alguna vez tu pareja te ha amenazado a ti o alguno de tus seres queridos o te ha hecho sentir como si estuvieran en peligro si no hacías o dejabas de hacer algo?
- ¿Crees que si alguna vez tu pareja te golpea, sería porque tú te lo buscaste?
- ¿Alguna vez has tenido que ocultar moretones?
- ¿Tiene armas en casa?
- ¿Siempre tú y tu pareja se ponen de acuerdo para tener relaciones sexuales?
- ¿Tu pareja se enfada si no tienen relaciones sexuales?
- ¿Alguna vez has sido presionada a mantener relaciones sexuales o las has mantenido por miedo a tu pareja?
- ¿Qué crees que pasaría con tus hijos si dejaras a tu pareja?
- ¿Alguna vez ha amenazado o pegado a tus hijos para obligarte a hacer algo, o te ha echado la culpa de tener que golpearlos?
- ¿Tus padres tienen buena relación?
- ¿Tu pareja ha sufrido maltrato?

También se pueden utilizar las preguntas circulares, para generar apertura y reflexión sobre la experiencia vivida, y explorar el entorno de la mujer en situación de violencia:

¿Qué diría su madre si usted fuera víctima de maltrato por parte de su pareja?¿Qué dirían sus amigas? ¿Y sus hijos?

Si la mujer presenta criterios de sospecha podemos realizar preguntas más dirigidas:

Ante la información obtenida de los antecedentes de la mujer:

Estimada…. (llamar por su nombre), he repasado su historia y encuentro algunos aspectos que me gustaría comentar con usted....(relatar los hallazgos) ¿A qué cree que se deben? ¿Cree que todo está relacionado?

Ante síntomas emocionales:

La encuentro nerviosa y triste, ¿tiene algún problema con su pareja?, ¿tal vez con sus hijos o con su trabajo? ¿Qué opina su marido de lo que le pasa? ¿Con qué lo relaciona él?

Ante lesiones físicas:

¿Hay algo que no me queda claro en relación con esta lesión ¿Esta…. (mencionar las lesiones presentes como moretones, heridas, etc.) puede ser la consecuencia de algún tipo de agresión sufrida por usted? En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?

ANEXO 9. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES CON SERVICIOS PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Institución	Teléfono
Asociación Tú, Mujer	809-535- 3233
Centro de Atención a la Mujer Maltratada	809-535-3233
Centro Dominicano de Asesoría a Investigaciones Legales (CEDAIL)	809-682-4902
Centro para la Solidaridad y el Desarrollo de la Mujer (Ce-Mujer)	809-221- 7474
Colectiva Mujer y Salud	809-682- 3128
Línea Vida	809-200-1202
Ministerio de la Mujer	809-685- 3755
Ministerio de la Mujer	809-685-3755
Mujeres en Desarrollo (MUDE)	809-563- 8111
Núcleo de Apoyo a la Mujer (NAM)	809-581- 8301
Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas (PACAM)	809-533-1813
Profamilia	809-689-0141
Visión Mundial	809-221- 8715

Procuraduría General de La República Dominicana (809-533- 3522)

Unidades de Atención a las Víctimas	Extensiones
Central telefónica 809-533- 3522	
Azua	5072
Dajabón	5513
Distrito Nacional	820
La Romana	6110
Peravia	7101
Salcedo	2653
San Francisco de Macorís	7440
Santo Domingo	2751
Santo Domingo Oeste	2136

Fiscalías Generales a Nivel Nacional	Extensión
Central telefónica 809-533- 3522	
Azua	522
Bahoruco	531
Barahona	526
Bonao	565
Constanza	596
Dajabón	5450
Distrito Nacional	1863
El Seibo	720
Elías Piña	1745
Espaillat	5700
Hato Mayor	724
Hermanas Mirabal	7750
Independencia	1540
La Altagracia	1711
La Vega	582
La Romana	715
Las Matas de Farfán	560
María Trinidad Sánchez	633
Monseñor Nouel	565
Monte Cristi	689
Monte Plata	696
Pedernales	546
Peravia	7001
Puerto Plata	671
Samaná	631
San Cristóbal	2893
San Francisco de Macorís	630
San José de Ocoa	735
San Juan	556
San Pedro de Macorís	7550
Sánchez Ramírez	574
Santiago	651
Santiago	730

Fiscalías Generales a Nivel Nacional	Extensión
Santo Domingo	470
Santo Domingo oeste	2100
Valverde Mao	894
Villa Altagracia	1711

Fiscalías Barriales del Distrito Nacional	Teléfonos
Capotillo, Simón Bolívar, Ensanche Luperón	809-684-7277
Carretera Sánchez	809-534-9067
Cristo Rey	809-472-7220
Ensanche la Paz	809-535-3303
Ensanche Quisqueya	809-549-3999
Gualey	8096847275
Los Girasoles	809-620-7759
Los Guandules y La Ciénaga	809-536-0878 / 809-245-2248
Los Ríos	809-561-3609
María Auxiliadora	809-689-7087
Villa Juana	809-686-2808 / 809-221-6397
Villas Agrícolas y La Zurza	809-245-0774

Fiscalías Comunitarias de la provincia de Santo Domingo	Teléfono
Guaricano	809-548-4004
Guerra	809-526-5217
La Victoria	809-222- 7301
Los Rieles de los Alcarrizos	809-545-3699
Pedro Band	Sin teléfono
Santo Domingo	809-598-4000; Extensión. 470

MADRID

Fundación Cideal
de Cooperación e Investigación

MUDE
Mujeres en Desarrollo Dominicana, Inc.