

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

I. FINALIDAD

Mejorar la prestación de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud a nivel nacional.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Establecer los procedimientos y criterios técnicos para el cuidado de salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud a nivel nacional.

2.2 Objetivos Específicos

- Establecer el procedimiento para la detección de violencia en mujeres, ocasionada por la pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.
- Establecer los procedimientos para la evaluación y diagnóstico de daños de salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.
- Establecer los criterios técnicos que orienten el tratamiento y rehabilitación para la recuperación de la salud mental de mujeres víctimas de violencia ocasionada por la pareja o expareja.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS); y de los Gobiernos Regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), a nivel nacional; y es referencial para los establecimientos de salud de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y privados.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR



Cuidado de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención comprendidos en el ámbito de aplicación, a nivel nacional.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definiciones operativas

- **Acogida:** Respuesta inicial que se brinda a la persona afectada por violencia en el establecimiento de salud. El personal de la salud toma en consideración las situaciones particulares de cada persona y la necesidad de crear condiciones que generen confianza y brindar un espacio confiable, seguro y de cuidado, donde puedan hablar sobre la violencia que les afecta. Para ello, el equipo interdisciplinario entabla una conexión cálida, cordial, acogedora y de escucha activa¹, libre de prejuicios y estereotipos de género².
- **Afectación psicológica³:** Implica la presencia de signos y síntomas agudos o crónicos como consecuencia de uno o más episodios, eventos o sucesos de violencia sufridos, vinculados a los hechos motivo de evaluación. Dependiendo de la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología encontrada, se manifiestan a través de tres dimensiones de respuestas: (a) *Cognitiva* (negación de lo sucedido, cambios en los sistemas de creencias, distorsiones cognitivas, cambios en la atención, concentración, percepción y memoria, cambios en el procesamiento de la información que afecta la planificación y la toma de decisiones, recuerdos recurrentes, entre otros vinculados a los eventos violentos); (b) *Afectiva* (alteraciones de las emociones, del estado de ánimo con predominio de estados disfóricos, emociones negativas, de peligro en su integridad física y psicológica, inseguridad, indefensión, miedo, baja autoestima, pérdida de autoconfianza, dependencia emocional, entre otros vinculados a los eventos violentos); y, (c) *Conductual* (modificación de los hábitos sociales, ruptura de la vida cotidiana, aislamiento, presencia de conductas sexuales de riesgo y de consumo de sustancias, conductas autolesivas o autodestructivas, conductas evitativas, estrategias de afrontamiento desadaptativas, deterioro social, familiar y laboral, entre otros vinculados a los eventos violentos).
- **Alto riesgo de sufrir violencia de pareja:** Tipo de violencia por parte de la pareja, que puede ser su cónyuge, conviviente, ex cónyuge, ex conviviente, violencia física, sexual o psicológica o económica o patrimonial hacia una mujer progenitor de sus hijas o hijos aunque no vivan juntos, novias, enamoradas, parejas sexuales y otras relaciones sentimentales de pareja, donde se identifica la alta probabilidad de un nuevo hecho de violencia que podría terminar en feminicidio, aún incluso cuando no se evidencien lesiones graves⁴.



Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual. Decreto Supremo N° 008-2019-SA. pág.6.

Son generalizaciones simplistas de los atributos de género, las diferencias y los roles de las mujeres y los hombres. Por ejemplo, los hombres se describen como competitivos, independientes, asociados al espacio público; mientras que las mujeres acogedoras, orientadas al grupo, asociadas el espacio privado. Implica, preconcepciones de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres, respectivamente. La subordinación de la mujer está asociada a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes. Política Nacional de Igualdad de Género. Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP.

³ Definición del órgano técnico.

⁴ Actualización del protocolo interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo. Aprobado según Decreto Supremo N° 004-2018-MIMP.

- **Apoyo de primera línea:** Provisión de atención de la salud centrada en las necesidades prácticas, tanto emocionales y físicas como de seguridad y apoyo de la víctima, sin invadir su privacidad⁵.
- **Consejería inicial:** Relación de ayuda establecida entre el profesional de salud y la persona usuaria. Se realiza inmediatamente después del procedimiento de detección de violencia, con el fin de mejorar o promover la salud y fortalecer su capacidad para tomar decisiones.
- **Daño psíquico:** Es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo⁶.
- **Detección de casos de violencia en mujeres:** Procedimiento que se realiza mediante la observación, entrevista y/o exploración de signos, actitudes y comportamientos asociados a violencia. Es realizado por el personal de salud en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención. Incluye el tamizaje.
- **Equipos especializados de salud mental:** Son equipos interdisciplinarios y están constituidos por psiquiatras, psicólogas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, médicos/as de familia, terapeutas de lenguaje, terapeutas ocupacionales, educadores/as, entre otros/as trabajadores/as que laboran en los centros de salud mental comunitaria, unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los hospitales generales y en otras instituciones especializadas⁷.
- **Factores de riesgo asociados a hechos de violencia:** El personal de la salud considera en sus intervenciones los múltiples factores asociados a la violencia de parte de la pareja o expareja, de acuerdo con el modelo ecológico⁸:



a. Factores comunitarios y sociales:

Discriminación estructural⁹, relaciones de poder institucionalizadas, normas culturales de género, condiciones de vulnerabilidad social, baja posición social y económica de la mujer, sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja o expareja, sanciones comunitarias débiles en caso de violencia de pareja o expareja, amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos, conflicto armado y altos niveles de violencia en la sociedad, creencias tradicionales de que el hombre tiene derecho a controlar a la mujer.



⁵ OPS. Manual Clínico para la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. OMS, Washington, D.C.: OPS, 2016. págs.16 y 17.

⁶ Guía de valoración de daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional (Ministerio Público, 2016) y según definición contenida en la Ley 30364.

⁷ Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad en el contexto de COVID-19. Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA, pág.8.

⁸ OPS. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. 2013.

⁹ Es el conjunto de prácticas reproducidas por patrones socioculturales instalados en las personas, las instituciones y la sociedad en general. Esta discriminación se expresa en prácticas y discursos excluyentes y violentos que son avalados por el orden social, donde hombres y mujeres se relacionan a nivel social, político, económico y ético. Así también, esta discriminación se evidencia en las diferentes oportunidades de desarrollo y de consecución de planes de vida de las personas debido al hecho biológico de ser hombres o mujeres. Política Nacional de Igualdad de Género (Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP).

b. Factores relacionales/familiares:

Relaciones desiguales de género en la pareja, socialización y modelo parental basado en la violencia, vínculos afectivos precarios en la familia, desigualdad de poder en la familia, historia de un patrón familiar de violencia, conflictos conyugales, múltiples parejas, insatisfacción marital, ideología tradicional del rol sexual, disparidad educativa, elevado número de hijos/as, el varón controla el patrimonio y la toma de decisiones en la familia.

c. Factores individuales:

Presenciar violencia conyugal durante la niñez, sufrir maltrato infantil, ser joven, actitud de aceptación de la violencia, situación de pobreza, consumo excesivo de alcohol, bajo nivel educativo, estar embarazada.

- **Establecimiento de salud no especializado en salud mental:** Considera al menos un servicio especializado en salud mental, que incluye mínimamente un profesional de psicología¹⁰.
- **Establecimiento de salud especializado en salud mental:** Establecimiento que cuenta con equipos especializados de salud mental como los centros de salud mental comunitaria, unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de hospitales generales.
- **Modelo de atención en salud mental comunitaria:** Es el modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad que fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad¹¹.
- **Problema psicosocial:** Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre éstas y su ambiente¹².
- **Red Integrada de Salud (RIS):** Conjunto de organizaciones que presta o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve¹³.
- **Revictimización:** Incremento del daño sufrido por la víctima como consecuencia de acciones u omisiones inadecuadas de parte de las entidades encargadas de la atención, protección, sanción y recuperación de la violencia¹⁴.
- **Telemedicina para el cuidado de la salud mental:** Provisión de servicios de salud mental a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico o recuperación prestados por personal de la salud competente, a través de las



¹⁰ Artículo 19. Reglamento de la Ley de Salud Mental (Decreto Supremo N° 007-2020-SA). Cuidados de salud mental en el ámbito de los establecimientos de salud no especializados en salud mental.

¹¹ Definición del órgano técnico.

¹² Adaptada de la Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad en el contexto de COVID-19. Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA, pág.7

¹³ Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud-RIS y su reglamento.

¹⁴ Decreto Supremo 004-2019/MIMP, que modifica el Reglamento de la Ley 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, art, 4.6

tecnologías de la información y comunicación (TIC), facilitando el acceso a los servicios de salud¹⁵.

- **Teleinterconsulta:** Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal o profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según sea el caso; cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud¹⁶.
- **Telemonitoreo:** Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en donde se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita, según criterio médico, los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo con el criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud¹⁷.
- **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, de acuerdo con sus competencias, y una persona usuaria, mediante el uso de las TIC; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.¹⁸
- **Teleorientación:** Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.¹⁹
- **Tentativa de feminicidio:** Actos realizados por el agresor encaminados a quitarle la vida a una mujer debido a las razones de género, pero no logra tal cometido por que la víctima sobrevive al ataque.
- **Terapia cognitivo conductual:** Intervención terapéutica realizada por el psicólogo/a, psiquiatra con formación psicoterapéutica cognitivo conductual, cuyo objetivo es modificar pensamientos y conductas disfuncionales²⁰.
- **Terapia sistémica:** intervención terapéutica que se focaliza en comprender y cambiar las alteraciones o trastornos en la dinámica de las relaciones familiares y patrones de comunicación. La realiza el psicólogo/a, psiquiatra o profesional de salud capacitado con formación psicoterapéutica sistémica²¹.
- **Valoración del riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja:** Proceso realizado por el personal de salud capacitado, a mujeres y adolescentes que



Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad en el contexto de COVID-19. Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA,

¹⁶ Decreto Legislativo N°1490, Decreto que fortalece los alcances de la Telesalud
¹⁷ Decreto Legislativo N°1490, Decreto que fortalece los alcances de la Telesalud
¹⁸ Decreto Legislativo N°1490, Decreto que fortalece los alcances de la Telesalud.
¹⁹ Decreto Legislativo N°1490, Decreto que fortalece los alcances de la Telesalud
²⁰ Definición de órgano técnico.
²¹ Definición de órgano técnico.

sufren violencia por parte de su pareja o expareja cuando entran en contacto con el establecimiento de salud para medir los riesgos a los que está expuesta una víctima de ser agredida, prevenir el feminicidio y articular con la red de protección social intersectorial a fin de que se brinde las medidas de protección correspondiente²².

- **Víctimas indirectas de la violencia de pareja o ex pareja:** Niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, hijas/hijos mayores de edad que cursen estudios y/o personas mayores de edad dependientes de la víctima²³.
- **Violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja:** Es aquella violencia hacia la mujer perpetrada por su esposo, conviviente, enamorado/a, pareja sexual con o sin hijos, novio/a que no es pareja sexual, expareja, ex esposo, ex conviviente, ex enamorado/a, ex pareja sexual con o sin hijo exnovio/a que no es pareja sexual que causa muerte, daño o violencia física, psicológica, sexual o patrimonial o económica contra la mujer.

5.2 Aspectos generales para la atención de la salud mental a mujeres víctimas de violencia:

- El personal de la salud considera en su intervención los enfoques de cuidado integral, derechos, género, interseccionalidad, interculturalidad, generacional, curso de vida, integralidad, territoriales y determinantes sociales de acuerdo con lo dispuesto en los lineamientos de política sectorial en salud mental del sector y el TUO de la Ley 30364.
- Toda mujer que está en riesgo o es víctima de violencia por la pareja o ex pareja es atendida en los establecimientos de salud públicos gratuitamente. Las atenciones son financiadas por el SIS a toda persona que no cuenta con ningún seguro de salud. Los certificados, los exámenes o pruebas complementarias para emitir diagnósticos, son gratuitos.
- En casos de feminicidio, tentativa de feminicidio o alto riesgo de sufrir violencia de pareja el personal de salud brinda atención de salud integral a las víctimas directas e indirectas en la red de servicios de salud. Las víctimas indirectas que no cuenten con seguro se les debe incorporar al Seguro Integral de Salud (SIS).
- Los establecimientos de salud emiten los certificados correspondientes de calificación del daño físico y psíquico²⁴, así como el informe de la afectación psicológica de la víctima acorde a los parámetros del MINSA, según lo establecido en el TUO de la Ley 30364.
- El personal de los establecimientos de salud realiza acciones para el cuidado de la salud mental y brinda atención centrada en las necesidades de la víctima de violencia, sin ningún tipo de discriminación y considerando variables que incluyen además del género, raza, etnia, orientación sexual e identidad de género, discapacidad u otras; poniendo especial atención a:



²² Definición de órgano técnico.

²³ Protocolo Interinstitucional frente al feminicidio, tentativa de feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo.

²⁴ TUO de la Ley 30364, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2020-MIMP.

✓ **Mujeres con discapacidad:** Tienen un mayor riesgo de ser víctimas de violencia de pareja, así como barreras para el acceso oportuno y temprano a los servicios de salud.

✓ **Mujeres embarazadas:** Es una situación de mayor riesgo para sufrir violencia por parte de la pareja. El riesgo es mayor cuando la gestación es no deseada o producto de la violencia por la coerción. La violencia en este periodo es un factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables y afecta negativamente en el bienestar de las mujeres²⁵.

✓ **Mujeres migrantes:** La situación de estar en un país o comunidad distinta coloca a las mujeres en una situación de particular vulnerabilidad de ser víctimas de violencia por la pareja o expareja y su dificultad para acceder a servicios de salud; ausencia o escasa red de apoyo familiar y social, desconocimiento de derechos y de los recursos existentes.

✓ **Mujeres de comunidades indígenas, afroperuanas y amazónicas:** Las poblaciones culturalmente diferentes, históricamente relegadas y en situación de inequidad y mayor vulnerabilidad social, tienen mayor prevalencia de violencia en relación de pareja y menor posibilidad de acceder a servicios de salud.

✓ **Mujeres en situación de pobreza:** Las mujeres más pobres tienen mayor propensión a ser víctimas de violencia de pareja, en comparación con las menos pobres. Acumulan varios factores de desventaja social, que contribuyen no sólo a una mayor vulnerabilidad a sufrir violencia, sino a aumentar las dificultades para salir de ella.

✓ **Mujeres adultas mayores:** Son un grupo de mayor vulnerabilidad ante la violencia, en tanto pueden estar en una situación de dependencia económica, un mayor aislamiento y soledad, carecen de apoyo o soporte social, persistencia de los roles tradicionales de género o padecer de un mayor daño por la violencia continuada²⁶.

✓ **Personas LGTBI:** Se encuentran entre las personas expuestas a situaciones de discriminación por su orientación sexual e identidad de género, que les impide el goce de sus derechos²⁷.

- Los procedimientos de identificación del caso, valoración del riesgo, evaluación y diagnóstico, forman parte de las responsabilidades de todos los establecimientos de salud.

El equipo interdisciplinario de salud realiza acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, brinda continuidad de cuidados en salud mental a mujeres en situación de violencia, y contribuye en la protección de la víctima de violencia.



²⁵ Stewart DE, Vigod SN, MacMillan HL, et al. Current Reports on Perinatal Intimate Partner Violence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(5):26. doi:10.1007/s11920-017-0778-6.

²⁶ Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. (Mayo, 2019). p.54.

²⁷ Artículo 3 del TUO de la Ley 30364 Aprobado con DS N° 004-2020-MIMP.

- Los equipos de los centros de salud mental comunitaria, unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los hospitales generales y de otras instituciones especializadas, realizan la continuidad de cuidados a mujeres en situación de violencia que requieren atención en salud mental y a los integrantes del grupo familiar.
- Los centros de salud mental comunitaria brindan soporte técnico a los equipos de salud mental del territorio en las acciones de promoción y prevención en salud mental frente a la violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja.

5.3. Requerimientos básicos

5.3.1. Recurso humano

Los establecimientos de salud del primer nivel cuentan con profesional de la salud capacitado, para brindar consejería básica en intervención en crisis, detección y referencia intra e interinstitucional de corresponder, así como el seguimiento de los casos contrarreferidos, realiza las coordinaciones necesarias a fin de brindar una mejor atención y cubrir las diferentes necesidades de la población.

El nivel nacional y regional es responsable de implementar acciones de capacitación permanente para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia.

Todo el personal de salud será capacitado, sensibilizado y conocerá las preguntas para la detección de riesgo o situaciones de violencia contra la mujer, las cuales, se incluirán como procedimientos de rutina dentro de la historia clínica.

Los centros de salud mental comunitarios y hospitales generales, deben contar con equipo interdisciplinario especializado en salud mental, para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la víctima.

Los equipos de salud mental de centros de salud mental comunitaria y/o servicios especializados a nivel nacional, serán fortalecidos en el tratamiento especializado en salud mental de las secuelas por VBG a través de cursos y/o programas, desarrollados por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del Ministerio de Salud.



5.3.2 Infraestructura, equipamiento y mobiliario

La atención a las mujeres víctimas de violencia se realiza en los ambientes del establecimiento de salud o en el espacio intramural, que garantice la privacidad, confidencialidad y seguridad para la víctima de violencia.



La GERESA/DIRESA/DIRIS y/o Unidades Ejecutoras son responsables de gestionar y dotar los equipos, infraestructura tecnológica, materiales e insumos básicos indispensables para ofrecer la atención a la salud mental de mujeres en situación de violencia (Legislación y normas técnicas sobre violencia; insumos y materiales, pruebas psicológicas, formatos; material informativo y educativo comunicacional; directorio de instituciones y organizaciones locales actualizado (Anexo 1) para la coordinación interinstitucional, derivación y seguimiento de casos).

5.4. Derivación, referencia y contrarreferencia

- Los profesionales detectan, diagnostican e intervienen en el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia, de acuerdo con sus competencias. Según el tipo de problema y complejidad, derivan a otros servicios según las necesidades del caso en el propio establecimiento de salud.
- Los establecimientos de salud realizan las referencias y contrarreferencias asegurando la continuidad de cuidados²⁸ en la atención a la salud mental de mujeres en situación de violencia a otros establecimientos de salud pertenecientes a su Red Integrada de Salud con mayor capacidad de resolución.
- Los establecimientos de salud hacen uso de la teleinterconsulta previa a la referencia al establecimiento de salud de mayor complejidad, de las mujeres en situación de violencia, a fin de asegurar la continuidad del tratamiento.

5.4. De la articulación intersectorial para el abordaje de la violencia

- El equipo de salud del nivel nacional, regional y local realiza acciones de coordinación con los representantes de los diferentes sectores, en el marco de las disposiciones previstas en los protocolos de actuación conjunta vigentes²⁹. Realiza coordinaciones con servicios de la Red de Servicios de Protección Social y organizaciones de la comunidad disponibles en el territorio (Centros Emergencia Mujer, Hogares de Refugio Temporales, Centros de Atención Residencial para Adolescentes, redes de apoyo familiar, entre otros) para su intervención oportuna.
- Se conforma Comités Intersectoriales locales como instancias funcionales en actividad permanente de seguimiento y coordinación, siguiendo las disposiciones previstas en el Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE.SS.).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS



1. De la participación de los diferentes establecimientos de salud

6.1.1 Redes Integradas de Salud

- Brindan prestaciones de salud comprendidas en la cartera de servicios de salud individual y de salud pública, bajo los principios de complementariedad y continuidad del cuidado integral de salud, en el marco del modelo de cuidado integral por curso de vida.
- Realizan la capacitación continua a los equipos de salud para el cuidado de la salud mental y considera los factores de riesgo asociados a hechos de violencia contra las mujeres, signos y/o indicadores de sospecha de violencia, actuación según el nivel de riesgo, entre otros.



²⁸ Artículo 19 de la Ley de Salud Mental N° 30947.

²⁹ Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y el Protocolo de Actuación entre los Centros Emergencia Mujer y los Establecimientos de Salud para la atención a víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

6.1.2 Establecimientos de salud del primer nivel de atención

- Establecen el procedimiento de detección de casos de violencia en los servicios priorizados (emergencia, medicina, salud sexual y reproductiva, VIH-SIDA, TBC, salud mental, adolescencia) asegurando la continuidad del cuidado de salud mental a mujeres en situación de violencia.
- Brindan tratamiento no especializado ofreciendo los paquetes de intervención de acuerdo a las necesidades de cada caso y según la disponibilidad de recursos.
- Articulan, fortalecen y movilizan las redes de apoyo psicosocial a mujeres en situación de violencia (agentes y organizaciones comunitarias, Centro de Emergencia Mujer (CEM), comisarías, defensorías, u otras).
- Implementan acciones de promoción de relaciones libres de violencia y prevención de la violencia.
- Realizan la referencia a centros de salud mental comunitaria o servicios de salud mental de hospitales en aquellos casos de complejidad moderada y severa, según sea el caso.
- Utilizan los servicios de telemedicina para la atención de la mujer en situación de violencia, si el caso lo amerita.

6.1.3 Centro de Salud Mental Comunitaria

- Brinda asistencia técnica y acompañamiento clínico psicosocial a establecimientos de salud del primer nivel de atención, de su ámbito territorial, para mejorar la eficacia de la detección de casos de violencia, atención o la referencia a IPRESS especializadas o con servicios especializados en salud mental, de acuerdo a la necesidad del caso.
- Implementa estrategias para el desarrollo de capacidades al equipo básico de salud para el cuidado integral de salud mental de mujeres en situación de violencia.
- Implementa grupos de ayuda mutua a mujeres sobrevivientes de VBG.
- Brinda cuidado especializado de la salud mental a mujeres en situación de violencia que son referidas de los establecimientos de salud no especializados, de los CEM, comisarías, defensorías u otras.
- Participa y moviliza a las redes intersectoriales y comunitarias para el cuidado de la salud mental y protección a mujeres en contexto de violencia.
- Implementa y brinda servicios de telemedicina para la atención de la mujer en situación de violencia, si el caso lo requiere.



6.1.4 Establecimiento de salud nivel II y III

- Realiza procedimientos de detección, evaluación y diagnóstico, si la usuaria acude directamente.
- Brinda tratamiento especializado a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.
- Implementa y brinda servicio de telemedicina para la atención de la mujer en situación de violencia, si el caso lo amerita.

6.2 De las acciones de promoción para contribuir en la erradicación de la violencia:

- Los representantes del establecimiento de salud participan en las instancias de concertación regional, provincial y distrital, creadas en el marco del TEO de la Ley 30364, impulsando la implementación de políticas de promoción de salud mental y la erradicación de la violencia basada en género.
- La Diresa/GERESA/DIRIS, planifica y ejecuta estrategias educativas-comunicacionales dirigidas a sensibilizar a la comunidad en torno a las consecuencias de la VBG y la promoción de los diferentes servicios que conforman la red de servicios local existente, incluyendo la teleinformación, educación y comunicación.
- El EESS implementa intervenciones para el fomento de la convivencia saludable en la pareja, enfatizando en reforzar las relaciones igualitarias, democráticas, con corresponsabilidad de los cuidados.
- El equipo interdisciplinario de los EESS promueve y/o fortalece la articulación y la gestión multisectorial contra la VBG, identificando las instituciones y organizaciones públicas y privadas que operan en su comunidad, como las instancias de concertación distrital.



- El equipo interdisciplinario de los EESS participa en actividades de sensibilización a las instituciones locales para fortalecer las acciones de promoción y atención de las personas afectadas por la violencia de género, identificando responsabilidades, compromisos de manera conjunta.
- El equipo interdisciplinario de los establecimientos de salud promueve la conformación e integración de grupos juveniles, promotores/as comunitarios/as y redes sociales, a fin de diseñar propuestas para la eliminación de la violencia basada en género en la comunidad, en articulación con la Estrategia Comunitaria del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en su ámbito territorial.



El equipo interdisciplinario de los EESS sensibiliza a lideresas, líderes y tomadores de decisiones locales, en la importancia del ejercicio de una vida libre de violencia. Asimismo, fortalecen las capacidades de los/las agentes comunitarios/as de salud, para su rol en la detección y referencia de las personas víctimas de VBG de la comunidad.

6.3. De las acciones para la prevención de la violencia basada en género:

- El equipo de salud territorial realiza acciones de prevención de la violencia contra la mujer, en coordinación con los Centros Emergencia Mujer, a fin de contribuir con el cambio de creencias, actitudes, comportamientos vinculados a patrones socioculturales discriminatorios y estereotipos de género que legitiman la violencia de género, en particular la violencia contra las mujeres ocasionada por la pareja o expareja.
- El equipo interdisciplinario de los EESS contribuye al fortalecimiento del tejido social local para erradicar los patrones socioculturales discriminatorios y estereotipos de género, arraigados y tolerados socialmente que son la base de la violencia de género³⁰.
- El nivel nacional, regional y local desarrolla intervenciones preventivas en contextos educativos y universitarios, que incluyan contenidos relacionados a estilos de vida saludables, habilidades sociales, empatía, mitos del amor romántico, comunicación asertiva, regulación emocional, resolución de conflictos, enamoramiento saludable, prevención de la VBG, reconocimiento de señales de alerta y situaciones de riesgo, en coordinación con la UGEL territorial.

6.4 De la atención de la salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja:

El personal de salud brinda atención en salud mental a mujeres en situación de violencia a través de tres (3) procedimientos, que se encuentran estructurados en una serie de procesos. Asimismo, el personal de salud valora la aplicación de los servicios de Telemedicina, en estos tres procedimientos, que permita la atención a las mujeres en situación de violencia, través de las tecnologías de la información y comunicación.



- **Procedimiento 1: Detección.**
- **Procedimiento 2: Evaluación y diagnóstico.**
- **Procedimiento 3: Tratamiento y rehabilitación.**

En caso la víctima acuda al establecimiento de salud y señale que sufre violencia por parte de su pareja o expareja, sea referida por otro EESS o instituciones (Policía Nacional del Perú, Fiscalía de la Nación, Poder Judicial, Centro Emergencia Mujer) no se realiza el procedimiento 1; debiéndose continuar con el procedimiento 2 y demás procedimientos previstos.

En caso se identifique o se sospeche de violencia en cualquier servicio o consultorios externos del establecimiento de salud donde acude la usuaria por otros motivos de salud; el personal de salud capacitado inicia el Procedimiento 1.

El personal de salud toma en cuenta que los 3 procedimientos de la presente Guía responden a garantizar el cuidado de la salud mental y que comprende un conjunto de intervenciones como el apoyo de primera línea denominado **ANIMA** que responde a cinco tareas básicas, que son:



³⁰ Política Nacional de Igualdad de Género (2019).

ANIMA	DESCRIPCIÓN
Atención al escuchar	Brindar atención en salud mental basada en la acogida, mostrando empatía y escucha activa a la situación de violencia que están atravesando.
No juzgar y validar	Demostrar a la víctima que la comprende y no la juzga. Hay que enfatizar que no tiene la culpa de lo sucedido. Se le comunica a la víctima que puede expresar sus sentimientos sin peligro y que tiene derecho a vivir sin violencia ni miedo.
Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	Realizar una intervención centrada en la persona, informándose de las necesidades y preocupaciones tanto emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos, su seguridad). Se toma en cuenta un abordaje diferenciado en caso de que la víctima tenga alguna discapacidad o si su idioma materno no es el castellano.
Mejorar la seguridad	Realizar la valoración de riesgo y brindar una actuación según el nivel de riesgo de la violencia y si la víctima acepta o no la ayuda. Es recomendable apoyar en la realización de un plan de seguridad con la usuaria con el objetivo de identificar y mitigar el riesgo de futura violencia, y proponer estrategias para mejorar su seguridad (incluida la de sus hijos o hijas), recomendándose que se coordine con PNP, Centro Emergencia Mujer (CEM) del MIMP, el Servicio de Atención Urgente (SAU) del Programa Aurora del MIMP, entre otros.
Apoyar	Brindar la evaluación y diagnóstico, así como el paquete de tratamientos específicos en salud mental, garantizando la continuidad de cuidados. Brindar apoyo para que reciba información y los servicios que necesita. Contactar con otros recursos de salud, seguridad y apoyo social y jurídico, según sea el caso. Realizar el enlace intra e intersectorialmente conforme lo señala el Protocolo de actuación conjunta CEM-EESS.



- El personal de salud debe mantener una actitud activa de autoobservación y mirada crítica sobre su práctica clínica, reconociendo y evitando actuaciones clínicas que pudieran estar bajo la influencia de los estereotipos de género.



¿Qué características y actitudes deben tener los profesionales que van a realizar las intervenciones?

- ◆ Tener una actitud definida de rechazo frente a la violencia.
- ◆ Actuar rápidamente, evaluando los aspectos relevantes del caso.
- ◆ Tener capacidad de trabajar en equipo.
- ◆ Poseer sensibilidad y calidez.

- ◆ Poseer una actitud abierta, sin juzgar y garantizar el respeto y la dignidad de la víctima.
- ◆ Ser capaz de mantener la confidencialidad.
- ◆ Tener la capacidad de manejar con habilidad las emociones propias y las de los/as involucrados/as: sentimientos como la rabia, la ira, la ansiedad, el miedo, la angustia, la tristeza, entre otros.
 - ◆ Ser capaz de reconocer sus limitaciones dentro del proceso y de confrontar sus propias actitudes y experiencias frente a la violencia
- ◆ Tener capacidad de liderazgo que le permita tomar decisiones y actuar en la comunidad.
- ◆ Tener una actitud proactiva de autoformación en el tema, más allá de los procesos de entrenamiento y capacitaciones formales.
- ◆ Poseer información actualizada acerca de las instituciones y servicios existentes para realizar una adecuada derivación, según sea el caso.
- ◆ Ser capaz de establecer enlaces con las diferentes organizaciones e instituciones que podrían estar involucradas.
- ◆ Actuar de acuerdo con los principios éticos que guían toda intervención en salud.
- ◆ Incorporar procesos de autocuidado en el trabajo y el equipo.

En caso de emergencia: una vez lograda la estabilización clínica, se sigue los procedimientos previstos en la presente Guía, poniéndose énfasis en lo siguiente:

- Si existe riesgo vital, el equipo interdisciplinario del establecimiento de salud brinda la atención inmediata, aplicando el apoyo de primera línea (ANIMA) en todo el procedimiento de atención, así como la cobertura de prestaciones e insumos necesarios para la atención integral de la víctima. Se consigna en la historia clínica toda la información posible de la atención en emergencia desarrollada. Se asegura la estabilidad clínica y el tratamiento médico y cuidados requeridos en cada caso.
- En casos de tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo, se garantiza la atención y los exámenes necesarios de manera gratuita. Para asegurar la recuperación de la salud mental de las víctimas directas e indirectas, brinda la atención especializada en todos los niveles de atención, de acuerdo con la capacidad resolutoria del servicio y la complejidad del caso, para lograr la recuperación³¹.
- En caso de feminicidio, realice el acompañamiento inmediato a las víctimas indirectas y actúe en coordinación con los equipos intersectoriales del territorio. Brindar el acompañamiento psicosocial y continuidad de cuidados.
- Realizar la intervención en crisis en caso se requiera: La crisis es un período de alto riesgo físico y/o psíquico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden a la persona manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales. Las manifestaciones más frecuentes en casos de crisis son: llanto fácil, nerviosismo, dificultad para tomar decisiones, en estos casos:



³¹ Actualización del "Protocolo Interinstitucional de Acción frente al Feminicidio, Tentativa de Feminicidio y Violencia de Pareja de Alto Riesgo". (Decreto Supremo No 004-2018-MIMP).

- El equipo de salud de los establecimientos de salud realiza contención y manejo de la situación de crisis que pueda presentarse durante la atención, mantiene la calma y una actitud empática. Permita que la persona llore y/o se desahogue.
- Coordinar con el personal de salud mental disponible para realizar esta intervención.
- Ante una crisis acompañada de potenciales riesgos relacionados con conductas autolesivas o conducta suicida, manejar el caso como una emergencia psiquiátrica: Refiera el caso para atención especializada en servicio de emergencia de un hospital general o servicio especializado de salud mental del territorio, según sea el caso. En caso de traslado desde un servicio de salud a otra entidad (CEM, Comisaría, Fiscalía), solicite el acompañamiento de un/a personal de salud.

En caso de **violencia sexual** se tiene en cuenta la atención especializada inmediata, y la atención por el médico(a) gineco-obstetra en el servicio de emergencia del hospital general (dentro de las 72 horas). Se brinda los cuidados de primera línea, con escucha activa, evitando juzgar, sin presiones y, por el contrario, validar la experiencia y emociones de la afectada; determinar sus necesidades prioritarias, mejorar su seguridad y proporcionarle apoyo para reducir su ansiedad. En caso de embarazo, el personal de salud evalúa integralmente (salud física y mental) para determinar si éste pone en riesgo su vida o genera un mal grave o permanente en su salud, según la Guía Técnica para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas³² y normatividad pertinente e informa a la víctima de las acciones de cuidado integral necesarias. Se procede a un registro adecuado en la historia clínica de todo lo observado, a fin de preservar las pruebas.



- El personal de salud brinda a la víctima de violencia la atención médica y psicológica de forma continua para lograr su bienestar. El examen médico y psicológico debe evitar procedimientos invasivos que revictimicen a la víctima. Los casos de violencia sexual, en niñas, niños y adolescentes, representan casos de extremo cuidado y es imprescindible la celeridad de la atención y la continuidad de cuidados.
- El personal de salud mental coordina activamente con el personal de salud sexual y reproductiva, así como con los representantes del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar-Aurora del MIMP, Centros de Emergencia Mujer, Servicio de Atención Urgente (SAU) del MIMP, Ministerio Público, Poder Judicial, comisarías, entre otros³³. Se actúa en



³² Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. Aprobada por Resolución Ministerial No 486-2014-MINSA (2014).

³³ Guía Técnica de Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad en el contexto de COVID-19. Aprobada el Resolución Ministerial 186-2020-MINSA. De acuerdo con lo previsto en la Ley 30364 y su reglamento, Protocolo CEM- EES, Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención y protección antes mencionados, así como la Norma Técnica para el cuidado integral a mujeres afectadas por violencia (en proceso de aprobación) y la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual".

base a lo establecido en la normatividad vigente para la atención a la violencia sexual³⁴.

6.4.1. Procedimiento 1: Detección

Objetivo:

Identificar precozmente los casos probables de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.

El procedimiento considera:

- a. Sospecha de la violencia.
- b. Entrevista utilizando la guía de preguntas para el tamizaje de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja (Anexo 2) en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud/DIRESA/GERESA.
- c. Consejería inicial.
- d. Codificación y registro.

a. Sospecha de la violencia

- El personal de salud que atiende en los diferentes servicios de los establecimientos de salud se mantiene SIEMPRE ALERTA para la identificación de signos, actitudes y comportamientos asociados a violencia en las mujeres, los que se detallan en la Tabla 1:

Tabla 1 Signos, actitudes y comportamientos de alerta ante una posible situación de violencia por la pareja o expareja ³⁵ .	
Problemas gineco obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de control de fecundidad (muchos embarazos o embarazos no deseados). - Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante embarazos. - Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia. - Dificultad o dolor pélvico, infecciones repetidas. - Infecciones de transmisión sexual no justificables con las prácticas sexuales referidas. - Demanda repetitiva de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando múltiples incidentes. - Hijos/as de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. - Retraso en la solicitud de atención prenatal. - Problemas ginecológicos y obstétricos recurrentes.



³⁴ Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. Aprobada por Resolución Ministerial No 486-2014-MINSA (2014).

³⁵ Adaptado del Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de Género. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015.

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

<p>Síntomas psicológicos frecuentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio o trastornos del sueño. - Historia de depresión. - Ansiedad y angustia. - Trastorno de estrés postraumático. - Reacción de estrés agudo. - Episodio depresivo. - Intentos de suicidio. - Baja autoestima. - Sentimientos de culpa. - Dificultad de atención y concentración. - Agotamiento psíquico. - Irritabilidad. - Trastorno de conducta alimentaria. - Labilidad emocional. - Abuso de psicofármacos. - Consumo elevado de tranquilizantes, alcohol u otras drogas. - Agresividad sin causa aparente. - Trastornos por la ingestión de alimentos. - Temor al agresor. - Aislamiento social, menos interacciones sociales, baja participación en actividades comunitarias.
<p>Síntomas físicos frecuentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas. - Cervicalgia. - Dolor crónico en general. - Mareo. - Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal). - Dificultades respiratorias.
<p>Utilización de servicios sanitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterna periodos de hiperfrecuentación a los servicios de salud en la Red Integrada de Salud y largas ausencias. - Incumplimiento de citas o tratamientos. - Frecuentes hospitalizaciones. - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
<p>Características de las lesiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. - Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. - Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, los brazos o muslos o diferentes partes del cuerpo. - Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). - Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución. - Lesiones en genitales. - Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. - Rotura de tímpano. - Historia de accidentes frecuentes.
<p>Actitudes de la víctima</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta. - Sintomatología depresiva: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. - Actitud apresurada o atemorizada. - Sentimientos de culpa. - Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.



GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

		<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de vergüenza: retraimiento, dificultad para comunicarse, evita mirar a la cara del evaluador/a. - Desvalorización de sí misma (se califica como torpe, inútil e incapaz, entre otros apelativos negativos sobre sí misma). - Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. - Falta de cuidado personal (apariencia desaliñada). - Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. - Si está presente su pareja, se muestra temerosa en las respuestas o con actitud sumisa, buscando constantemente su aprobación o lo mira antes de hablar. - Contradicción entre su versión respecto a lo ocurrido y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.
Durante embarazo	el	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio tardío de las visitas de control prenatal. - Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento fetal. - Lesiones en zona abdominal y otras sin justificación adecuada o minimiza su importancia. - Acciones o lesiones físicas durante el embarazo.
Durante puerperio	el	<ul style="list-style-type: none"> - Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. - Mala o lenta recuperación post-parto. - Negativa a usar anticoncepción (por coerción reproductiva o celotipia del cónyuge). - Retraso en la visita neonatal.

- Si el personal del establecimiento de salud detecta una situación de violencia durante la visita domiciliaria, presta atención a las siguientes consideraciones:

- o El domicilio es habitualmente también el domicilio del agresor. Es necesario preservar la confidencialidad e intimidad para abordar el problema, resguardando la seguridad de la víctima de violencia.
- o Valorar y coordinar con las instancias pertinentes para la seguridad de la mujer, de los hijos e hijas y de los propios profesionales que atienden la situación. Durante la atención valorar en qué situación de riesgo se encuentran las personas cuando la intervención en salud haya concluido.
- o Articular con la Comisaría, Ministerio Público o Poder Judicial para asegurar una correcta atención desde las premisas anteriores, así como con el Centro Emergencia Mujer más cercano.
- o Transmitir calma y favorecer la confianza, como habilidades iniciales imprescindibles para brindar la atención.

- Si el personal de salud detecta una situación de VBG durante la atención de emergencia, considerar las siguientes pautas:

- o Si la mujer acude sola, procurar que esté acompañada durante la estancia en el Servicio de Emergencia por algún personal de salud, de preferencia femenino.



- Ubicación dentro del servicio en un ambiente que garantice privacidad, confidencialidad y seguridad. Evitar la sala de espera.
 - En el momento en que se identifique un caso de violencia, comunicar al personal de seguridad que labora en el establecimiento de salud, a fin de controlar las visitas y acompañantes que expongan a una situación de riesgo por la presencia del posible agresor.
- Si acude una mujer informando que sufre situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja o por referencia intersectorial, es atendida en el servicio de salud mental del establecimiento de salud para evaluación, diagnóstico y tratamiento.

b. Entrevista para detección de casos de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja:

- El personal de salud descarta o confirma la situación de sospecha de violencia ocasionada por la pareja o expareja a través de una entrevista, utilizando la Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja (Anexo 2) En el caso de adolescentes que sufren VBG utilizar el Guión de entrevista semiestructurada (Anexo 3).
- Es realizada por el personal de salud profesional capacitado que atiende a la usuaria (médico/a, obstetra, enfermera/o, cirujano-dentista o trabajadora social). En los establecimientos de salud donde no hubiese profesional de salud, el personal técnico de enfermería capacitado podrá realizar la detección.

Se recomienda indagar por los signos, síntomas y/o comportamientos en todas aquellas mujeres que presenten lesiones o trastornos que puedan estar relacionados con la violencia³⁶. No se recomienda que todos los servicios de salud apliquen el método de detección universal o de indagación sistemática para identificar a las mujeres que han sufrido violencia.

- Es necesario considerar que un tamizaje negativo no descarta la violencia en tanto la víctima de violencia puede estar inmersa en el ciclo de la violencia (Ver Anexo 4: Ciclo de la violencia de mujeres en situación de violencia por la pareja o expareja) y fases de cambio (Ver Anexo 5: Pautas para la entrevista motivacional según fases de cambio).
- Se prevé que la duración para la aplicación de esta Guía de preguntas se realice en un período mínimo de 10 a 15 minutos, y se efectúa al menos una vez al año por persona. El personal de salud tiene en cuenta las pautas siguientes para esta entrevista:



³⁶ OMS. Manual Clínico para la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. OMS, Washington, D.C.: OPS, 2016.pág.11

Pautas a tener en cuenta en la entrevista previa a la aplicación de la Guía de preguntas para el tamizaje de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja

- Evitar que la entrevista se convierta en un interrogatorio.
- La primera entrevista se fundamenta en una escucha activa que facilita la comunicación y que se desarrolla sin interrupciones.
- Abordar directamente el tema de la violencia luego que se estableció el vínculo de confianza.
- Aceptar la información que brinda la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios a través de la comunicación verbal y no verbal, para no generar temor a la revelación de la violencia.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- La presencia de violencia o no en los vínculos familiares.
- La entrevista debe realizarse de acuerdo al ritmo de esta, sin presiones e intentando, en lo posible, realizarlo en un ambiente que resulte seguro y poco hostil para la persona. Debe ubicarse en el establecimiento un lugar acogedor, protegido y que respete la intimidad.

- En el caso de gestantes, el tamizaje de violencia se aplica al primer contacto, hasta la identificación de la violencia, dentro de los 9 meses del embarazo, hasta los 42 días post parto.
- En la provisión de métodos anticonceptivos se realiza la detección de la violencia a todas las usuarias del servicio de planificación familiar, que permite identificar el riesgo o la situación de violencia, según lo establece la Norma Técnica de Planificación Familiar³⁷.

c. Consejería inicial

- Es desarrollada en el establecimiento de salud por personal de salud capacitado que brinda las pautas que ayuden a la persona a tomar decisiones en relación a problemas relacionados a la violencia de parte de su pareja o expareja.
- Se realiza inmediatamente después de la sospecha y entrevista para detección de casos de violencia.
- Si la sospecha y/o la entrevista son negativas se refuerzan los factores protectores.
- Si la sospecha y/o la entrevista son positivas promueva la búsqueda de ayuda utilizando la estrategia ANIMA para el proceso de toma de decisiones centrada en las necesidades de la víctima. Siga las pautas señaladas en el Anexo 6: Pautas para brindar la consejería inicial en el marco del ANIMA. Derive al servicio de salud mental del establecimiento de salud para la evaluación, diagnóstico y tratamiento que corresponda.
- Los ejes que guían la consejería son:



³⁷ Norma Técnica de Planificación Familiar. Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA

- 1) Educación para prevenir la violencia en la relación de pareja, la coerción sexual y/o reproductiva (uso de anticonceptivos, uso de condones, embarazo y momento del embarazo, entre otros).
- 2) Orientación en reducción de daños, si es que se detecta la presencia de violencia en relación de pareja y coerción sexual y/o reproductiva (minimizar el riesgo para interferencia de la pareja en el control de la natalidad mediante el uso de un método oculto de control de la natalidad y/o anticoncepción de emergencia).
- 3) Referencia a servicios de protección para víctimas de violencia y ofrecimiento de un espacio seguro dentro de la IPRESS para asegurar el inicio de los siguientes procedimientos.

d) Codificación y Registro:

Se considera lo dispuesto en el Manual de registro y codificación de la atención de consulta externa.

6.4.2 Procedimiento 2: Evaluación y diagnóstico

Objetivo:

Evaluar el estado de la salud mental de las mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, incluye la valoración el riesgo de violencia, así como emitir el diagnóstico clínico respectivo.

El procedimiento considera:

- a. Evaluación de salud mental
- b. Diagnóstico
- c. Valoración del riesgo

a) Evaluación de salud mental



- Es realizada por el profesional especializado en salud mental. De no contar con profesional especializado, el profesional capacitado evalúa los posibles daños en salud mental de la víctima, utilizando el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ) Abreviado para el Tamizaje de Problemas de Salud Mental (Anexo 7); Prueba de Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT – C (Anexo 8). Consiste en una entrevista semiestructurada que busca determinar los síntomas y signos de afectación de la salud mental. Se realizan preguntas específicas destinadas a descubrir signos psicopatológicos. Consta de la exploración clínica de la orientación, el pensamiento, el lenguaje, la percepción, el afecto, voluntad, las funciones superiores y otros.



- La evaluación del estado de la salud mental enfatiza la identificación de los factores de riesgo asociados a la violencia, factores protectores, factores perpetuadores de los hechos de violencia y la personalidad previa de la víctima de violencia.

- Incluye la evaluación de la conducta, estado de la identidad, autoestima, miedo y retraimiento, así como la limitación en la capacidad para la toma de decisiones.
- Informar sobre la posibilidad de realizar la evaluación de afectación psicológica en casos de violencia contra las mujeres, según lo señala la Directiva Sanitaria para la estandarización de los parámetros técnicos para la evaluación de la afectación psicológica en casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar³⁸ o de daño psíquico según los parámetros correspondientes.
- Si se detectan problemas relacionados con el estado de ánimo, pensamiento comportamiento y la mujer es incapaz de desenvolverse en su vida cotidiana, descartar problema o trastorno mental asociado.

Si se identifica episodio depresivo leve, trastorno adaptativo con síntomas ansiosos depresivos, abuso de sustancias, trastorno por estrés agudo, duelo no complicado, entre otros que no requieran de tratamiento de mayor complejidad, realice las intervenciones en el servicio de salud mental del establecimiento de salud con profesional de psicología y con participación del equipo interdisciplinario de salud (medicina, enfermería, obstetricia, entre otros), según sea el caso.

Si se identifica un trastorno mental moderado a grave, realizar la referencia para atención de la salud mental al establecimiento de salud con servicios especializados del territorio (CSMC, Hospital II, III u otro), para las atenciones correspondientes según las Guías Técnicas vigentes.

Considerar los siguientes diagnósticos en caso de daño grave o severo de la salud mental en mujeres en situación de violencia:



Daños graves o severos en salud mental que pueden estar asociados en mujeres en situación de violencia

- Episodio depresivo moderado (F32.1)
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)
- Trastorno bipolar (F31.x)
- Trastorno de estrés post-traumático (F43.1)
- Dependencia al alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (F10 a F19)
- Síndromes psicóticos (F20 a F29)
- Trastorno de personalidad limítrofe (F60.3)

Otros trastornos mentales con deterioro funcional³⁹, de duración prolongada y/o refractariedad, comorbilidad de múltiples trastornos mentales, con riesgo autolesivo o hacia otros/as, que



³⁸ Directiva Sanitaria para la estandarización de los parámetros técnicos para la evaluación de la afectación psicológica en casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364. Aprobada con RM N° 801 -2020-MINSA.

³⁹ Ruggieri, M; Leese, M; Thomicroft, G. y cols. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 149-155

repercute en mayor nivel de discapacidad social, familiar y laboral en la persona afectada, produciendo limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida en la comunidad (trabajo, familia, relaciones interpersonales), dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal, necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica⁴⁰. Requieren de continuidad de cuidados permanente en la Red Integrada de Salud y apoyo social en la Red de Protección social territorial.

- Ante la necesidad de que la persona evaluada sea referida, se articula con el establecimiento de salud de destino de la red de salud del territorio y con las instituciones intersectoriales involucradas para la atención, protección y sanción frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar conforme lo señala la normativa vigente.

b) Diagnóstico:

- El diagnóstico es realizado por el personal de salud especializado o personal capacitado.
- Posteriormente a la evaluación de la salud física y mental se realiza el diagnóstico establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), explicando a la víctima de violencia los hallazgos encontrados, así como el tratamiento que requiera.
- Motivar a la víctima a que plantee sus dudas e inquietudes y clarifique cualquier información que se requiera, verificando que la persona haya comprendido la información.
- Una vez realizado el diagnóstico se procede a brindar el tratamiento según las guías técnicas correspondientes.
- Se consigna lo evaluado en la historia clínica y llena la ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja (Anexo 9).
- Según el caso, proceda a realizar la referencia y articulación intersectorial, para asegurar la continuidad del tratamiento, remitiendo la documentación pertinente.



SÍNDROMES DE MALTRATO

El personal de salud una vez valorada la situación de violencia de la persona se emite el diagnóstico utilizando las denominaciones y códigos de las patologías y/o grupos de patologías, según lo establecido en la CIE X:

T74.1	Abuso físico.
T74.2	Abuso sexual.
T74.3	Abuso psicológico.
T74.8	Otros síndromes del maltrato (formas mixtas).

⁴⁰ Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

T74.9	Síndrome de maltrato, no especificado.
Y070	Síndrome de maltrato por esposo o pareja.
Y078	Otros síndromes de maltrato por otra persona especificada.
X85-Y09	Agresiones (incluye homicidio, daños infligidos por otras personas con intención de dañar o matar).

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE CON MAYOR FRECUENCIA SUELEN PRESENTAR LAS PERSONAS VIOLENTADAS

El personal de salud toma en cuenta que después de un suceso traumático como el de violencia, muchas personas desarrollan problemas de salud mental como los señalados en la tabla siguiente:

F32	Episodio depresivo.
F32.0	Episodio depresivo leve.
F32.1	Episodio depresivo moderado.
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático.
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
F45.0	Trastorno de somatización.
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- Recuerde que es posible que solamente haya un síndrome de maltrato (T74.x) o Y07.x sin la aparición de un trastorno mental.

c) Valoración del riesgo



- El profesional de salud mental capacitado del establecimiento de salud, evalúa a la mujer en situación de violencia e indaga sobre las características de la violencia: comportamiento del agresor, el manejo de las relaciones de poder, el tiempo de la situación de violencia, los medios utilizados, los motivos desencadenantes, la frecuencia, tipo y grado de violencia, testigos de los hechos violentos, la actitud hacia la situación de violencia, antecedentes, nivel de información, riesgo para la integridad personal y para la vida, soporte psicosocial (existencia de apoyo familiar, de amigos; pertenencia a grupos religiosos, comunitarios y otros) y situaciones de estrés en la familia. Además, evalúa si trabaja o si alguna vez ha trabajado, y si es que cuenta con algún lugar de protección a donde ir en casos de emergencia.
- La valoración del riesgo para la vida y la integridad física se realiza siempre, aun cuando la usuaria no aparente estar en peligro. Para ello, el personal respectivo utiliza la Ficha de valoración de riesgo en mujeres en situación de violencia de pareja o expareja (Anexo 10)⁴¹. Este instrumento se aplica a mujeres y adolescentes mayores de 14 años que han sido víctimas de violencia de parte de su pareja o



⁴¹Aprobada por Resolución Ministerial N° 328-2019-MIMP.

expareja, con el objetivo de valorar el riesgo de ser agredidas y prevenir el feminicidio.

- Esta evaluación permite definir el nivel de riesgo en que se encuentra la mujer (leve, moderada o severa) y realizar la actuación respectiva según lo establecido en el Protocolo de actuación conjunta entre los CEM y EESS⁴².
- La ficha de valoración de riesgo se aplica a la víctima de violencia cuando no se ha realizado anteriormente en ninguna institución. En caso haya sido aplicada con anterioridad, se prescinde de realizarla, para evitar la revictimización. Si es derivada por una institución como el CEM, se solicita información sobre el nivel de riesgo a la usuaria o en su defecto al CEM mismo, en caso no haya compartido la valoración de riesgo realizada. Si al momento de la entrevista clínica, identifica que se ha incrementado el riesgo, contacte con el CEM e instancias necesarias informando del mayor riesgo, para acompañar activamente a la persona, centrada en sus necesidades y acciones de protección.
- Para su aplicación, solicitar el consentimiento informado oral a la persona en situación de violencia a fin de recabar la información pertinente, señalando que los datos que se brinde son de carácter confidencial y que serán utilizados para valorar el riesgo en que se encuentra.
- Adicionalmente el personal de salud del establecimiento de salud evalúa:
 - o La información de la historia clínica y de los exámenes clínicos.
 - o La historia de violencia de la mujer: años que lleva sufriendo maltrato y la progresión del mismo.
 - o Tipo y grado de violencia: violencia física, sexual, psicológica, económica.
 - o El grado de aislamiento social y de autonomía de la mujer. El apoyo familiar y social con los que puede contar; sus recursos económicos y si dispone de ayuda profesional.
 - o La valoración del riesgo de maltrato en las hijas o hijos, sobre todo, si están presentes cuando se producen escenas violentas o han resultado heridos alguna vez tanto por golpes intencionados como accidentalmente.
 - o Si la pareja o expareja amenaza con hacer daño a los/las hijos/as.
- Hay que recordar que en muchas ocasiones la violencia es mayor (incluido el riesgo de muerte) cuando las mujeres inician un proceso de separación o abandonan el hogar.

Se considera la actuación según el nivel de riesgo y si la usuaria acepta o no el tratamiento de acuerdo a lo dispuesto en el protocolo de actuación conjunta CEM-EESS.



⁴² Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual. Decreto Supremo N° 008-2019-SA pg. 21

6.4.3 Procedimiento 3: Tratamiento y rehabilitación

Objetivo:

Brindar tratamiento integral a las víctimas afectadas en su salud mental, de acuerdo a la evaluación y diagnóstico, para la atención de las necesidades personales de salud a fin de lograr su recuperación. Implica además establecer en cada caso, desde una perspectiva de afronte psicosocial, estrategias frente a la situación de violencia, reconociendo señales de alerta e impidiendo el aislamiento o la exposición a la violencia.

a) Consideraciones para el tratamiento de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja con problemas de salud mental leve⁴³:

El profesional de salud capacitado (psicólogo, médico u otro profesional capacitado), de acuerdo con sus competencias profesionales y las necesidades de cada caso, brinda el tratamiento en violencia contra las mujeres en situación de violencia por su pareja o expareja en el primer nivel de atención no especializado.

El profesional de salud capacitado (médico, psicólogo u otro profesional capacitado), de acuerdo con sus competencias profesionales y las necesidades de cada caso, establece el plan de atención individualizado con enfoque interdisciplinario, incluye intervenciones psicosociales orientadas al empoderamiento de la víctima, así como psicoterapéuticas y psicofarmacológicas específicas, de acuerdo con el daño en cada caso, entre ellas tenemos:

Consulta de salud mental: actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de salud mental (psicólogo/a) o en un médico capacitado. En esta consulta, el personal de salud, formula además un plan de atención individualizado y seguimiento en el primer nivel de atención no especializado que incluye intervención breve, intervención familiar, visita domiciliaria y sesión de movilización de redes de apoyo, según necesidades de cada caso y de acuerdo a los daños diagnosticado. Para la elaboración del plan terapéutico se toma en cuenta lo siguiente:



- Evaluar las relaciones o vínculos y especialmente se identifica la existencia de una red de apoyo socio familiar de la mujer a intervenir para favorecer su inclusión participativa.
- Durante la atención se identifica los aspectos sanos de la vida emocional de la víctima que aporten a su autonomía como elemento clave para generar el cambio, así como la presencia de violencia contra otros miembros de la familia, como niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.
- Identificar las necesidades y determina con claridad el motivo de consulta o ayuda, conjuntamente con la usuaria. Este es un momento decisivo para el tratamiento. El profesional de salud facilita un relato completo de la situación de violencia que la usuaria atraviesa, evitando que se sienta en situación de interrogatorio. Son elementos importantes la empatía, la



⁴³ Se brindan intervenciones en los establecimientos de salud del nivel I-2 (con servicio de psicología), I-3 y I-4 (no incluyen CSMC). Está dirigida a personas con diagnósticos de violencia de pareja o expareja en cualquiera de sus modalidades (física, psicológica, sexual, negligencia o mixta).

comunicación activa, la capacidad de escucha, la facilidad de poder comunicarse libremente (en su propio idioma).

Intervención breve: se realiza en establecimientos de salud con psicólogo/a u otro profesional de salud capacitado (trabajo social, enfermería). En ese marco, siga las siguientes pautas:

Primer Paso: Establecer una conexión cordial y de confianza.

Generar un clima afectivo adecuado que permita a la usuaria confiar sus preocupaciones al profesional de la salud, estableciendo una adecuada comunicación interpersonal. Brindar apoyo, comprensión y un espacio para desahogo emocional, que permita reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones.

Segundo Paso: Analizar conjuntamente con la víctima la situación de violencia para ver cómo responder a la misma.

Permitir un espacio de reflexión sobre la situación de violencia que la usuaria está viviendo y buscar posibles alternativas de solución que la conduzcan en un futuro a terminar con una relación violenta.

Tercer Paso: Brindar psicoeducación.

Enseñar y reflexionar con la víctima en qué consiste la violencia, mitos, creencias erróneas, su escalada, el ciclo de la violencia, y las estrategias de seguridad para hacerle frente. Para ello, considerar las pautas brindadas sobre cómo formular un plan de seguridad (Anexo 11: ¿Cómo elaborar un plan de seguridad?).

Cuarto Paso: Verificar la comprensión de la usuaria.

Verificar que a la usuaria no le quede dudas o preguntas. Hay que señalar que puede contar con el apoyo del servicio de salud en el momento que lo requiera.

Quinto Paso: Mantener la relación para el seguimiento.

Reforzar el vínculo; hacer una nueva cita o derivarla al servicio que solicite. Para ello, explorar con qué redes de apoyo cuenta actualmente y provea de redes de apoyo adicional.

En caso requiera atención y cuidado de su salud física, contacte a la usuaria con otros servicios de salud adicional, según se requiera como la atención especializada por ginecología, cirugía, traumatología, pediatría, emergencia, medicina interna, entre otros, según necesidades y evaluación realizadas.

Hay que señalar que se realizará los siguientes procedimientos si está de acuerdo, como son: la intervención familiar, visita domiciliaria y sesión de movilización de redes de apoyo.

Intervención familiar: Está dirigida a los integrantes del grupo familiar en el proceso de recuperación de la víctima de violencia. Es realizado por un profesional de psicología, trabajo social o enfermería capacitado.

Considerar terapia sistémica según sea el caso, con integrantes mayores de 18 años, que presentan violencia leve como respuesta a factores estresantes o eventos de la vida específicos y que en ese contexto es usada como un medio para resolver conflictos. La terapia de aproximación sistémica puede considerarse un proceso psicoeducativo para controlar la ira y un proceso terapéutico en el que se aborda una



visión de una relación sana y sin violencia (habilidades de comunicación, abordaje de la ira desde la solución, entre otros elementos)^{44,45}.

Visita Domiciliaria: Es una actividad dirigida a la víctima de violencia e integrantes del grupo familiar y a valorar el riesgo de sufrir violencia. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención por un profesional capacitado de trabajo social, psicología, enfermería.

En esta visita se realiza lo siguiente:

- Se valora el riesgo de persistencia de violencia: verifica y amplía información sobre los factores de riesgo y protectores presentes en el contexto domiciliario.
- Fortalecer la adherencia terapéutica y la movilización de redes de apoyo familiar y comunitario.

El procedimiento de la visita domiciliaria comprende:

Preparación: El profesional de salud programa la visita domiciliaria, asegurándose de contar con la dirección correcta del domicilio, para ello revisa la Ficha de Evaluación de violencia de pareja o expareja de la mujer (Anexo 9). En ese sentido, previo a la ejecución de la visita domiciliaria, revisa la información consignada en este documento, así como en la ficha de valoración de riesgo, a fin de tener el máximo de información posible sobre el caso.

Ejecución: Se inicia desde la salida del profesional responsable a la dirección del domicilio a visitar. Como procedimiento contempla momentos desde el primer contacto interpersonal hasta la despedida, tales como: saludo inicial y presentación del/la profesional; tomar contacto con los integrantes de la familia; exponer motivos de la visita; ubicación del espacio adecuado para realizar la entrevista en la vivienda; realizar la entrevista, abordar la problemática de la familia y observar el ambiente físico en el cual vive la familia, con la autorización expresa de la usuaria, realizar el recorrido de la vivienda; así como corroborar si la suposición que se tenía frente a los hechos era cierta y realizar el cierre de la entrevista.

En las visitas domiciliarias incluya el empoderamiento de la mujer permitiendo compartir sus historias y tomar decisiones basadas en sus propias prioridades, considere utilizar un folleto como guía, que contenga información sobre el ciclo de la violencia, la evaluación de riesgo, así como la planificación de la seguridad adaptada al contexto, el nivel de peligro y los recursos existentes en la comunidad. En las visitas se discuten las experiencias individuales de cada mujer y se adapta la intervención a sus necesidades y nivel de peligro.

Análisis de la información: Se realiza al retornar al EESS y tiene como finalidad evaluar el proceso y resultado de la visita domiciliaria y planteamiento de la posible estrategia a seguir.

Realizar movilización de redes de apoyo: Implica el seguimiento a la referencia realizada anteriormente en la primera sesión de redes de apoyo (mediante llamada



⁴⁴ Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer Grupo de Trabajo Multisectorial – RM N° 162-2019-EF/10. Producto 14.

⁴⁵ Karakurt, G., Whiting, K., Van Esch, C., Bolen, S. D., & Calabrese, J. R. (2016). Couples therapy for intimate partner violence: A systematic review and meta - analysis. Journal of marital and family therapy, 42(4), 567-583

telefónica y/o acompañamiento). En ese marco, se hace seguimiento para ver si la usuaria acudió al Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, DEMUNA, u otras que se estime pertinentes de acuerdo a sus necesidades a fin de establecer sus redes de apoyo comunitario particular. En caso la usuaria no haya acudido al CEM, se realiza nuevamente la Ficha de notificación del caso, de acuerdo al anexo del Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual aprobado según Decreto Supremo N° 008-2019-SA y se sigue los procedimientos desarrollados en dicho protocolo.

Se continúa realizando de manera frecuente el monitoreo y seguimiento respectivo para ver si la víctima de violencia acudió a estas instituciones.

El profesional de salud que registra las actividades en el registro diario de atención y otras actividades de salud (HIS/MINSA), de acuerdo con la siguiente codificación:

Descripción de la actividad	Código
Consultas de salud mental	99207
Intervenciones breves (Intervención individual de salud mental)	99207.01
Intervención familiar	C2111.01
Visita domiciliaria	C0011
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgo	99207.06

b) Tratamiento especializado a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja con problema de salud mental moderado o severo:

El equipo de salud interviniente realiza la psicoterapia personalizada, libre de estereotipos de género, considerando la valoración singular de la experiencia de la usuaria, las causas socioculturales de los trastornos mentales asociados a la violencia identificada.



El /la terapeuta no puede asumir que la misma intervención funcione para cada persona.

Considerar las características peculiares del curso de vida y contexto sociocultural en el proceso de cambio. Refute los discursos que apoyan el poder y control del agresor y permanencia dentro del ciclo de violencia.

Brindar un espacio terapéutico acogedor y evite decoraciones que reproduzca estereotipos u ofenda a grupos vulnerables.



Se brinda el tratamiento especializado en los centros de salud mental comunitaria o en establecimientos de salud nivel II o III con servicios de salud mental.

Cada usuaria tiene un profesional quien asume la responsabilidad de su atención y la elaboración de informes respectivos.

El/la médico/a tratante, el equipo interdisciplinario, con la participación activa de la usuaria define los objetivos terapéuticos específicos, establece el plan de atención

individualizado con enfoque interdisciplinario, incluye intervenciones psicosociales orientadas al empoderamiento de la víctima, psicoterapéuticas y psicofarmacológicas específicas, estrategias de intervención con la usuaria, familia y comunidad, de acuerdo a cada caso. Considera lo siguiente:

Consulta médica: por un profesional médico especialista (psiquiatra) o en su defecto por un/a médico/a capacitado/a, a fin de realizar evaluación, diagnóstico y el desarrollo del plan terapéutico especializado.

Evaluación integral Interdisciplinaria: es realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psicólogo/a, psiquiatra, enfermera/o, trabajadora social, entre otros), que incorpora además de los diagnósticos descriptivos profesionales, la perspectiva, necesidades, expectativas y demandas de la persona usuaria. Concluye con la elaboración de un plan de atención individualizado que ejecutará el equipo interdisciplinario con la persona usuaria, su familia y su comunidad teniendo como objetivo su recuperación. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones.

- Se basa en la evaluación y diagnóstico por los diferentes especialistas del equipo (médico (a) tratante, el equipo interdisciplinario y la participación activa de la víctima de violencia), con la cual se formula el caso y del cual se desprende su propio plan terapéutico indicado.
- Consiste en la planificación de múltiples intervenciones a realizar con la víctima de violencia, familia y comunidad. Considera la formulación de los objetivos terapéuticos, las diversas estrategias y actividades a realizar, responsabilidades asignadas, duración de la intervención y los indicadores y mecanismos para evaluar el proceso y los resultados de las intervenciones terapéuticas en salud mental indicadas.
- En el Plan de Atención Individualizado se considera la participación activa del equipo interdisciplinario definiendo las responsabilidades y objetivos terapéuticos específicos, estrategias de intervención psicoterapéutica e intervenciones con la víctima, familia y comunidad, así como su monitoreo específico en los dispositivos asistenciales comunitarios de la Red, quienes comparten información respecto de sus intervenciones y resultados.
- El Plan de Atención Individualizado asegura la continuidad de cuidados y el tratamiento especializado indicado (manejo ambulatorio en unidad respectivo, programa de continuidad de cuidados, etc.) según el logro de objetivos.
- Especifica las intervenciones individuales y grupales, el logro de objetivos, así como los mecanismos de seguimiento y monitoreo. Dicho plan terapéutico, así como los resultados de las intervenciones y evolución queda consignado en la historia clínica.



Psicoeducación: implica sesiones a fin de orientar y explicar los riesgos e impacto de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores. Para ello, siga las pautas brindadas sobre cómo formular un plan de seguridad (**Anexo 10**).

Reflexione con la víctima las dificultades para salir de la situación de violencia como mitos, creencias erróneas, etc.

Intervención individual en salud mental: procedimiento terapéutico que es realizado por un profesional de salud con competencias (enfermeras, trabajadoras sociales) que tiene por objeto abordar los problemas identificados de salud mental asociados a la presencia de violencia. En este apartado se sigue las pautas de intervención breve prevista para casos de daño leve.



Psicoterapia especializada intervención terapéutica realizada por un/a psicólogo/a, psiquiatra o profesional de salud capacitado. Está dirigida a abordar los casos con daños moderados o severos en salud mental o elevada presencia de factores de riesgo.

Respecto a la psicoterapia especializada, según sea el diagnóstico del daño en cada caso, considerar terapia cognitivo conductual a mujeres víctimas de violencia para el tratamiento del trastorno de estrés post traumático (TEPT) y/o depresión: Es desarrollada por un profesional de salud (psicología o psiquiatría capacitados en terapia cognitivo-conductual)⁴⁶.

Se realiza a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3 (I-3, centro de salud mental comunitario, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) en usuarias que brindan el consentimiento informado para seguir el tratamiento.

Se brinda a mujeres (jóvenes, adultas y adultas mayores) víctimas de violencia de pareja y expareja, atendidas en establecimientos de salud. Busca ayudar a las usuarias a desarrollar habilidades para identificar y refutar sus creencias erróneas, enfocándose en los eventos traumáticos asociados a la violencia sufrida y luego el significado de dichos eventos en la persona, la relación con los otros y el mundo.

Intervenciones psicoterapéuticas en parejas con consejería en resolución de conflictos y relaciones saludables: Es desarrollada por un profesional de salud capacitado. Se realiza a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3 (I-3, centro de salud mental comunitario, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) en usuarias que brindan el consentimiento informado para seguir el tratamiento.

Se modifican habilidades y comportamientos en la pareja, para prevenir la violencia, a través de capacitación a parejas cuyos integrantes son mayores de 16 años, con el objetivo de abordar los factores de riesgo que pueden tener impacto negativo en su relación, incluyendo la violencia de pareja (comunicación, resolución de problemas, etc.)

Intervención familiar: Realizadas por profesional de salud (personal médico capacitado, psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social previamente capacitado). Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar para la recuperación de la víctima de violencia.

Visita Domiciliaria: Realizada por profesional de salud (personal médico capacitado, psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social previamente capacitado). Actividad dirigida a la usuaria e integrantes del grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica y acompañar el proceso de recuperación.

Mobilización de redes de apoyo: Realizada por profesional de salud (trabajo social, enfermería, psicología, personal médico capacitado, psiquiatría, previamente capacitado). Implica el seguimiento a la referencia realizada (mediante referencia, llamada telefónica y/o acompañamiento) a la usuaria con otras instituciones y/u organizaciones que le puedan brindar asistencia legal y de protección social.

⁴⁶ Con conocimiento de la lengua del ámbito de intervención; cuando corresponda. En caso no se cuente con profesionales con competencias lingüísticas se asegura la participación de una persona intérprete, de preferencia inscrita en el registro nacional de traductores e intérpretes de lenguas indígenas.



En ese marco, se hace seguimiento para ver si la usuaria acudió al Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, DEMUNA, u otras que se estime pertinentes de acuerdo a sus necesidades a fin de establecer sus redes de apoyo comunitario particular. En caso la usuaria no haya acudido al CEM, se realiza nuevamente la Ficha de notificación del caso de acuerdo al anexo del Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual aprobado según Decreto Supremo N° 008-2019-SA y se sigue los procedimientos desarrollados en el dicho protocolo.

Registro de acciones desarrolladas:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de usuaria
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Elaboración de Plan Individualizado)
	99368	Reunión de equipo interdisciplinario con usuaria y/o familia (Plan Individualizado socializado)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación a la usuaria
Intervención individual en salud mental	99207.01	Intervención individual de salud mental
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con usuaria y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afrontamiento cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo/a
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo/a)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con la usuaria presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgo	99207.06	Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgo



Tratamiento de salud mental especializado de mujeres en situación de violencia por su pareja o expareja que han sufrido violencia sexual⁴⁷

En caso de violencia sexual, se brinda intervenciones especializadas a personas con estrés postraumático como secuela de violencia sexual y es realizado en los CSMC y servicios especializados de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel.

⁴⁷ Categoría de establecimiento de salud donde se realiza: II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, CSMC

El profesional de la salud encargado de brindar la psicoterapia debe contar con la debida capacitación y tener entrenamiento pertinente dado que la psicoterapia administrada inadecuadamente a sobrevivientes de violencia puede ocasionar daños en su salud mental.

En mujeres en situación de violencia por su pareja o expareja que han sufrido violencia sexual no recurra a intervenciones psicológicas breves que revivan el incidente.

Entre las intervenciones psicoterapéuticas, el profesional de salud considera:

- **Psicoterapia individual terapia cognitivo conductual centrada en el trauma:** realizada por profesionales psicoterapeutas en centros de salud mental comunitaria y servicios especializados de hospitales.
- **Psicoterapia de exposición, desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (terapia EDRM):** es una intervención psicoterapéutica especializada en trauma realizada por psicoterapeutas en centros de salud mental comunitaria, servicios especializados de hospitales. Consiste en la utilización de la estimulación bilateral, ya sea mediante movimientos oculares, sonidos o con golpecitos, con los que se estimula un hemisferio cerebral a la vez para ayudar en la reducción del impacto del evento traumático secundario en personas con TEPT víctimas de violencia sexual.
- **Tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) y tratamientos de exposición prolongada (TEP) para trabajar el estrés post-traumático, dirigido a mujeres adultas víctimas de violencia sexual:** Atención que se brinda a personas diagnosticadas con violencia sexual, violencia psicológica y física en establecimientos de salud, mayores de 18 años (jóvenes, adultas y adultas mayores) víctimas de violencia sexual.

Es desarrollada por un profesional de salud (profesionales de psicología clínica y psiquiatría capacitados en terapia cognitivo-conductual u otras específicas, según tipo servicio), así como personal de enfermería y trabajo social para asegurar la continuidad de servicios y movilización de redes. Se realiza a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3 (I-3, centro de salud mental comunitario, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) en usuarias que brindan el consentimiento informado para seguir el tratamiento.

- **Considerar también otras terapias especializadas, de acuerdo al tipo de daño diagnosticado.**

El tratamiento y rehabilitación considera el desarrollo de las siguientes intervenciones, en el marco del plan personalizado:

- **Intervención familiar:** Realizada por profesional de salud (personal médico capacitado, psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social previamente capacitado). Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar y recuperación de la persona usuaria.
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes de grupo familiar, a fin comprender el contexto, evaluar la dinámica familiar,



fortalecer la adherencia terapéutica y prevenir la deserción o abandono de tratamiento. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención. Lo realiza el equipo de salud (personal médico capacitado, psiquiatra, psicóloga, enfermera capacitada y trabajadora social capacitada).

En esta visita se realiza lo siguiente:

- Se valora el riesgo de persistencia de violencia: verifica y amplía información sobre los factores de riesgo y protectores presentes en el contexto domiciliario.
 - Fortalecer la adherencia terapéutica y la movilización de redes de apoyo familiar y comunitario.
- **Psicoeducación:** Implica el desarrollo de sesiones a fin de orientar y explicar los riesgos e impacto de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores y la adherencia terapéutica. Lo realiza el personal de enfermería o trabajo social capacitado.
- **Movilización de redes de apoyo:** Basada en las necesidades de cada usuaria, implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Puede ser la movilización vía telefónica o presencial. Lo realiza el equipo de salud capacitado (personal médico, psiquiatra, psicóloga, enfermera y trabajadora social).

a) Registro de acciones desarrolladas

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo del caso.
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación a la usuaria.
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con la usuaria y/o miembro de la familia.
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo/a.
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el/la psicólogo/a).
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral.
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad.



b) Atención diferenciada de la salud mental de mujeres en situación de violencia:

En el caso de mujeres en situación de violencia con discapacidad física, mental y/o intelectual

- El personal de salud que realiza la admisión, en coordinación con el equipo interdisciplinario del establecimiento de salud, prioriza la atención inmediata de mujeres con discapacidad en situación de violencia sobre todo si se encuentran en crisis emocional, situación de riesgo inminente, violencia sexual reciente o en urgencia de salud física y mental.
- En todos los servicios del establecimiento de salud, las personas con discapacidad física, mental y/o intelectual reciben atención preferente, exonerándolas de turnos o cualquier otro mecanismo de espera, para ello, debe realizarse capacitación permanente al personal.
- Considere realizar visitas domiciliarias frecuentes, programando que el profesional de psicología acuda conjuntamente con el profesional de trabajo social/enfermería al domicilio o institución donde se encuentre la persona afectada a fin de realizar un informe respectivo y realizar las acciones que correspondan, según el nivel de daño detectado.
- Durante la atención se dirigen directamente a la persona con discapacidad, no a su acompañante, si lo hubiera. Hay que considerar que el acompañante puede ser eventualmente el agresor, por ello, debe estar alerta porque su presencia puede poner en riesgo inmediato a la víctima.
- Se exploran factores protectores y de riesgo.
- En caso acuda sola, se identifica una red de apoyo familiar o comunitario.
- Limitar la ayuda a lo necesario, procurando que la persona haga sola las actividades que en ese momento esté en capacidad de realizar. Promueva el ejercicio de su autonomía.
- Asegurar que las mujeres con discapacidad logren una comunicación efectiva durante la atención en el establecimiento de salud y tengan la posibilidad de acceder a información detallada sobre la situación de violencia vivida, evitando actitudes de paternalismo e infantilización.
- Respetar sus decisiones, salvo que constituya un caso de riesgo severo o que sea un delito perseguible de oficio en el que se comunicará de inmediato a la autoridad competente.
- Aceptar el uso de ayudas técnicas en la comunicación y en la interacción.
- Cuando sea pertinente, identificar signos y síntomas asociados a alguna discapacidad mental, de manera simultánea a la identificación de los indicadores asociados a violencia.
- Si fuera el caso, brindar información y atención a la familia sobre las condiciones de discapacidad de la persona usuaria y la necesidad de atención especializada.
- Brindar tratamiento especializado, trabajando con la familia para garantizar la continuidad del tratamiento, derivándola oportunamente al centro de salud mental comunitario del territorio, servicio de salud sexual y reproductiva o servicio especializado de salud mental disponible.
- Identificar las barreras de acceso tanto físicas, tecnológicas, actitudinales, comunicacionales o algún otro tipo para facilitar la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia.
- Realizar capacitación periódica al personal de salud que atiende en: lenguaje de señas y recomendaciones para atención hacia mujeres con discapacidad.



En el caso de mujeres de comunidades indígenas y afroperuanas en situación de violencia⁴⁸

- Brindar atención con pertinencia cultural y en su lengua indígena u originaria, que incluye dar información necesaria sobre las etapas de cuidado de la salud mental a mujeres en situación de violencia.
- Se garantiza el ejercicio al derecho a la salud mental de mujeres en situación de violencia perteneciente a pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, sin discriminación en los servicios de salud, promoviendo el respeto a la diversidad cultural en todos los niveles de atención, institucionalizando la comunicación y diálogo intercultural entre el personal de salud proveedor y las personas usuarias.
- Desarrollar intervenciones diferenciadas, con pertinencia cultural, en las mujeres migrantes en situación de violencia proveniente de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana hacia ámbitos urbanos.
- Gestionar los mecanismos y acciones concretas centradas a fin de que la atención en salud mental a la víctima sea con pertinencia cultural.
- Atender la salud integral (mental, física) de la víctima y su familia, para su recuperación y reintegración a la sociedad, reconociendo e incorporando sus prácticas culturales.
- Brindar con pertinencia cultural y en su lengua indígena u originaria, toda la información necesaria sobre el cuidado de la salud mental a las mujeres en situación de violencia. Se puede acudir a un miembro del equipo de salud bilingüe. En caso esté disponible en el territorio, se puede recurrir a un intérprete/traductor (a). En caso que el personal de salud bilingüe o el (la) intérprete/traductor (a) sea una persona que conoce a la víctima, se sugiere recurrir a otro intérprete/traductor para evitar que se tergiverse el mensaje y revictimice a la víctima
- La víctima podrá elegir ser atendida por el personal de salud hombre o mujer que le genere mayor confianza y empatía.
- Informar las implicancias de la realización de los exámenes de salud, el otorgamiento de kits para los casos de violencia sexual, entre otros. Si la víctima se rehusara a recibir el tratamiento de salud por razones culturales, se debe informar a las autoridades correspondientes (Fiscalía de Familia o Mixta, CEM, PNP) que forman parte del sistema de atención. Asimismo, se debe precisar en la historia clínica de la víctima que no desea recibir tratamiento de salud.
- Promover la construcción de redes de apoyo familiar o comunitario para mejorar la seguridad de la víctima y de sus familiares. Se debe considerar los lazos familiares y comunales existentes conforme a su cultura.



En el caso de mujeres migrantes (migración interna y externa) en situación de violencia



- El personal de la salud brinda atención gratuita de acuerdo al TUO de la Ley 30364 y su reglamento, no siendo necesaria la presentación de cédula o carné de extranjería al momento de acudir al EESS.

⁴⁸ Acápites adaptados del Decreto Supremo Lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prevención, atención y protección frente a la violencia sexual contra niñas, niños, adolescentes y mujeres indígenas u originarias. Decreto Supremo No 009-2019-MC y Guía de atención integral de los Centros Emergencia Mujer. MIMP: PNCVFS, 2016 y Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N° 016-2016-SA.

- Brindar información sobre la referencia a otros servicios de salud sexual y reproductiva u otros servicios según las necesidades presentes y la posibilidad de acceder al SIS para garantizar su atención gratuita.
- Ofrece información sobre la ruta de atención a personas en riesgo o mujeres víctimas de violencia prevista en la legislación vigente.
- En el caso de mujeres en situación irregular migratoria, el personal de salud informa sobre la posibilidad de acceder a documentos y/o permisos de permanencia temporal o residencia por ser víctima de violencia que le brinda el marco legal vigente (Decreto Legislativo 1350).
- El personal del establecimiento de salud toma en consideración que el aislamiento y escasa red social es un factor de riesgo a considerar durante toda la intervención en salud mental a mujeres migrantes en situación de violencia.

En el caso de personas LGTBI⁴⁹ en situación de violencia por su pareja o expareja:

- El personal de salud utiliza un lenguaje inclusivo y respetuoso, sin presuponer la heterosexualidad de las personas que acceden al establecimiento de salud.
- Preguntar a la persona cuál es el nombre con el que quiere ser atendida y referirse siempre a la persona de acuerdo con la identidad expresada o su nombre social
- Se debe promover el empoderamiento, despatologización y desestigmatización de las personas LGTBI, en los servicios de salud. Es clave la autoaceptación y la autodeterminación como mecanismos de empoderamiento en salud mental.
- Tener en cuenta que no hay una única forma de ser lesbiana, gay, bisexual, trans e intersexual. Guiarse por los estereotipos y prejuicios agrava aún más la discriminación de la que son víctimas.
- Promover un clima de confianza, empatía, aceptación y respeto con el objetivo de ofrecer una atención libre de estigmas, prejuicios y discriminación hacia las personas LGTBI.
- Acoger, escuchar activamente e identificar necesidades integrales y prácticas de las personas LGTBI y prever su seguridad. No juzgar o sancionar.
- Brindar atención especializada que reconozca las características de la violencia contra las personas LGTBI.
- Priorizar la identificación y fortalecimiento del soporte familiar, social e institucional, que puedan proporcionar soporte emocional a la persona que acude al establecimiento de salud.



En el caso de mujeres mayores:

- El personal de salud que realiza la admisión, en coordinación con el equipo interdisciplinario del establecimiento de salud, prioriza la atención inmediata de mujeres mayores en situación de violencia sobre todo si se encuentran en crisis, situación de riesgo inminente, violencia sexual reciente o en urgencia de salud física y/o mental.
- El personal de salud escucha con paciencia, evita interrupciones y considera sus opiniones y preferencias. Evitar actitudes de infantilización y/o paternalistas. El lugar en el que se desarrolle la atención se determina en función de las características particulares del caso. Si la persona mayor no puede acceder al



⁴⁹ Acápite adaptado de los Lineamientos para la atención de personas LGTBI en los servicios del PNCVF del MIMP. Resolución Ejecutiva No 0017-2016-MIMP-PNCVFS-DE, Pautas igualitarias para promover los derechos de las personas LGTB en el contexto de COVID -19. MIMP, 2020. "Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú -2018" (RM N° 935 - 2018/ MINSa). Ministerio de salud. Dirección General de intervenciones estratégicas en salud pública - Dirección de salud mental -Lima: Ministerio de Salud; 2018.

servicio, las/los profesionales de la salud del establecimiento de salud se trasladan al lugar donde se encuentre.

- Permitir que elijan, sin presionar las decisiones que tomen sobre los hechos de violencia, el lugar donde quieran vivir o recibir ayudas sociales, salvo que constituyan hechos de violencia contra las mujeres, violencia sexual, los que se comunica de inmediato a la autoridad competente.
- Si la víctima acude sola, se identifica una red de apoyo familiar o comunitario. Se recaba información y realiza acciones para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores con o sin discapacidad.

En el caso de mujeres con hijas/os:

El personal de salud tiene en cuenta que en el escenario donde la usuaria es víctima de violencia, si tuviese hijos/as (**niños, niñas y/o adolescentes**) **también son considerados como víctimas**⁵⁰

Si bien es cierto que la modalidad inmediata y común en escenario como el antes descrito es que los/as niños, niñas y adolescentes sean considerados como testigos de la violencia⁵¹, es necesario tomar en consideración que este grupo también puede pasar a ser considerado como víctimas directas del ciclo de violencia.

El establecimiento de salud articula con el sector educación con la finalidad de identificar aquellas alertas que pueden dar cuenta de posibles escenarios de violencia.⁵²

En caso de sospecha o detección de una situación de VBG, si la mujer tiene hijas e hijos y/o está embarazada, Se brinda atención integral y comunicar la situación a los profesionales de salud de CRED, área niño/adolescente, servicio de salud sexual y reproductiva, servicio de pediatría, entre otros del establecimiento de salud, según sea el caso.

Esta comunicación se hará con la participación de la mujer víctima de violencia, siempre que sea posible. Una intervención con la niña, niño o adolescente desvinculada de la madre sólo debe darse en situaciones que existan indicadores significativos de trastorno mental o toxicomanía que no permita el acompañamiento a sus hijos e hijas; que exista negligencia y/o abandono; o en casos en que la madre también ejerza violencia de forma sistemática sobre sus hijos e hijas⁵³.



De ser el caso, se registra como víctima directa de violencia en la historia clínica del o la niña/niño y adolescente, en aras de su protección.

En torno al cuidado de la salud mental a mujeres en situación de violencia por la pareja o expareja en el contexto de pandemia de COVID-19 y otras emergencias sanitarias y humanitarias: se sigue los procedimientos previstos en la presente Guía Técnica, poniendo énfasis en los siguientes aspectos:



Los establecimientos de salud garantizan la atención de urgencia y emergencia de toda mujer en situación de violencia, en especial, de aquellas víctimas de

⁵⁰ Ministerio de Salud: Guía de Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en primer nivel de atención: "Violencia sobre las mujeres. Pág. 111.

⁵¹ Ibidem. Pág. 112.

⁵² Idem.

⁵³ Ibidem. Pág., 87.

violación sexual, adoptando medidas de seguridad personal y sanitarias comprendidas en las disposiciones vinculadas a la emergencia sanitaria⁵⁴.

- El personal de salud prioriza el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia tomando en consideración su condición de vulnerabilidad agravada por mayores estresores en el hogar, en el contexto de la COVID-19 u otras emergencias sanitarias, de acuerdo a lo dispuesto en la Guía Técnica de Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad en el contexto de COVID-19, aprobada con Resolución Ministerial 186-2020-MINSA.
- Se desarrolla la oferta de Telemedicina de cuidados y servicios de salud mental comunitaria en el contexto de COVID-19. Se brinda teleorientación, telemonitoreo y teleconsulta a mujeres en situación de violencia con acceso restringido a servicios presenciales y Teleinterconsulta en casos de consultas presenciales que se requiera una opinión especializada fuera del EESS. Para ello se desarrolla una plataforma y aplicativo para la gestión de dichos procesos. Esta actividad es implementada por las DIRESA/GERESA en regiones y DIRIS de Lima Metropolitana y/o quienes hagan sus veces y monitorizada por la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA.

VII. RESPONSABILIDADES

Nivel nacional

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Mental es responsable de la difusión, conducción, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación e implementación de la presente Guía Técnica.

Nivel regional

Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) son responsables de la difusión, asistencia técnica, monitoreo, supervisión, evaluación e implementación de la presente Guía Técnica en sus respectivas jurisdicciones.



Nivel local

Los establecimientos de salud son responsables del cumplimiento y aplicación de la presente guía técnica, según corresponda.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1: Consideraciones del directorio territorial de servicios para el abordaje de la violencia.
- Anexo 2: Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja.
- Anexo 3: Guion de entrevista semiestructurada para adolescentes que sufren VBG.
- Anexo 4: Ciclo de la violencia de mujeres en situación de violencia por la pareja o expareja.



⁵⁴ Artículo 5. Decreto Legislativo 1470. Decreto Legislativo que establece medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar durante la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19.

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

- Anexo 5: Pautas para la entrevista motivacional según fases de cambio.
- Anexo 6: Pautas para brindar la consejería inicial en el marco del ANIMA.
- Anexo 7: Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ) Abreviado para el Tamizaje de Problemas de Salud Mental.
- Anexo 8: Prueba de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT – C).
- Anexo 9: Ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja.
- Anexo 10: Ficha de valoración de riesgo en mujeres en situación de violencia de pareja o expareja.
- Anexo 11: ¿Cómo elaborar un plan de seguridad?
- Anexo 12: Flujograma de atención.



Anexo 1

Consideraciones del directorio territorial de servicios para el abordaje de la violencia

Cada establecimiento de salud elabora un directorio de instituciones y servicios para el abordaje de la violencia en mujeres, niñas, niños y adolescentes, con el objetivo de brindar un cuidado integral y contar con una red de protección comunitaria y multisectorial al incluir servicios de distintos sectores.

Considere la red de servicios del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la realización del directorio: <https://observatorioviolencia.pe/red-de-servicios-2/>

La elaboración del directorio no es una tarea que comienza de cero. Si ya se ha elaborado un directorio para casos de atención en violencia, se puede agregar a este documento información pertinente. En caso de no tener un directorio previo, el establecimiento incluye los siguientes números y referencias mínimas:

- **Línea telefónica de asistencia a nivel nacional o local del Ministerio de Salud: 113 anexo 5**
- **Centros Emergencia Mujer (CEM) activos en la zona:** servicio gratuito que brinda servicios socio legales, ya sea a mujeres u otros integrantes del grupo familiar.
- **Línea 100:** Servicio gratuito de cobertura nacional a cargo de un equipo de profesionales especializados en brindar contención emocional, orientación e información en temas de violencia familiar y violencia sexual, con acceso desde cualquier teléfono fijo, público o celular durante las 24 horas del día.
- **Línea 106:** el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) es un servicio gratuito que brinda atención de urgencia o emergencia médica.
- **Centros de Salud Mental Comunitaria en la zona:** Brindan atención especializada en salud mental. En la actualidad, existen Centros de Salud Mental Comunitaria en cada región del país.
- **Hospitales en la zona:** Es importante contar con el número y dirección del hospital de referencia de la región. Es especialmente importante los anexos de las áreas de psiquiatría, psicología y urgencias.
- **Policía Nacional del Perú:** El número de la central telefónica a nivel nacional es 105. Para buscar la comisaría más cercana a la zona donde opera el centro de salud, se puede entrar al link "Ubica tu comisaría", portal de la Policía Nacional del Perú que da información sobre la comisaría más cercana y las rutas para acceder al lugar. Link: <https://www.mininter.gob.pe/ubica-tu-comisaria>
- **Bomberos:** Línea disponible las 24 horas. Número 116.
- **Fiscalías:** Central telefónica 625-5555 y línea gratuita 0800-00-205. Página web: <https://www.mpfn.gob.pe/fiscaliasprovinciales/>
- **Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (DEMUNA):** Es importante ubicar la DEMUNA que funciona en la región de la institución prestadora de servicios de salud.
- **Fono ALEGRA** (asesoría legal gratuita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - MINJUS) 1844.
- **Grupos de apoyo y organizaciones de mujeres en el territorio:** Mapear los grupos de apoyo y organizaciones de mujeres presentes en la zona, con el objetivo de poder involucrar a la víctima a estos espacios seguros en donde podrá encontrar una red de soporte alterna.
- **Unidad de Protección Especial-UPE** de la jurisdicción. Línea 1810, Línea de Protección Especial de Niñas, Niños y Adolescentes.



Anexo 2

Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja⁵⁵

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo se realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias, así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato:

1. ¿Cómo se siente usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?



⁵⁵ Se utiliza para este apartado la versión adaptada del Woman Abuse Screening Tool (WAST) (Chile)⁵⁵, consta de 8 preguntas tipo Likert que interroga sobre a) el grado de estrés existente en la relación; b) dificultad para resolver discusiones y c) existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual y cuyas posibles respuestas se disponen en tres niveles que van de menor a mayor gravedad: la respuesta menos deseable es evaluada con 3 puntos, la intermedia con 2 puntos y la más deseable con 1 punto; así, el máximo valor del puntaje es de 24 puntos y el mínimo de 8. En: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/152316>, visitada el 11 de junio del 2020. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. (2018).

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	≥15	24
Tamizaje negativo	8	15

Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas)	Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.
--	--

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3pm)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
	PUNTAJE TOTAL			



Anexo 3

Guión de entrevista semiestructurada para adolescentes que sufren VBG.

Fernández, P. y Paz, J.I. (2015)⁵⁶

Recomendamos comenzar con una breve explicación, como forma de introducción. Por ejemplo: "A continuación voy a hacerte una serie de preguntas en relación a la relación de pareja que mantienes, ya que creo que tiene mucho que ver con los problemas que estamos comentando. Sé que es difícil hablar de esto, pero necesito saber algunas cosas para poder ayudarte mejor".

1. Cuéntame un poco de tu relación (intentar recabar datos de tiempo de relación, edad de su pareja, tiempo dedicado a la relación, etc.).
2. ¿Cómo describirías la relación que mantienes? ¿Cómo te sientes en tu relación?
3. ¿Cómo te sientes cuando surgen problemas o conflictos en tu relación?
4. ¿Podrías describir detalladamente alguno de esos problemas que has tenido y que te haya afectado de manera intensa? (anotar si se detectan argumentos de minimización, exculpación de él o autoculpabilizaciones)
5. ¿Cuánto tiempo lleváis con esos problemas?
6. ¿Cada cuánto tiempo se repiten?
7. ¿Qué es lo que más te ha afectado de esos problemas? ¿Cuál ha sido la situación que más te ha afectado?
8. ¿Hay ocasiones en que los problemas han sido más intensos o te han afectado más? ¿cuáles?
9. ¿Y en qué momentos te han afectado menos o han sido menos intensos?
10. ¿Cómo dirías que te encuentras ahora? (respecto a lo relatado en las dos anteriores cuestiones)
11. ¿Qué has hecho cuando han ocurrido los problemas? ¿Qué has intentado hacer para darle solución?
12. ¿Ha servido lo que has intentado para evitar los problemas? ¿de forma permanente (o durante un tiempo largo) o solo los ha evitado momentáneamente?
13. ¿Tienes relaciones sexuales? ¿Cómo te sientes en esas relaciones?
14. ¿Cómo crees que ha influido tu relación de pareja en tu vida?
15. ¿Le has contado lo que estás viviendo a alguien? ¿A quién?
16. ¿Tienes personas que te apoyen con este problema?
17. ¿Crees que tu familia sospecha que tu relación de pareja te da problemas? ¿Qué piensan o dicen respecto a tu pareja?
18. Alguna vez te has sentido tan agobiada por los problemas de tu relación que: ¿Has buscado apoyo o tratamiento psicológico? ¿Has pensado en denunciar lo que te pasa? ¿Has tenido pensamientos o ideas de hacerte daño para "acabar con todo"?
19. ¿Crees que contar con apoyo especializado podría ayudarte con los problemas que te provoca tu relación?



Autores: Paola Fernández Zurbarán y Juan Ignacio Paz Rodríguez (2015)



⁵⁶ Guía para profesionales ante chicas adolescentes que sufren violencia de género: saber mirar, saber acoger, saber acompañar. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de igualdad y políticas sociales. Junta de Andalucía. 2018.

Anexo 4

Ciclo de la violencia de mujeres en situación de violencia por la pareja o expareja⁵⁷.

La violencia hacia la mujer en la pareja nunca es un hecho puntual o aislado. Se trata de un proceso que suele comenzar de forma insidiosa con tácticas coercitivas sutiles o tipos de violencia de baja intensidad, en el marco de una relación de desigualdad. Las actitudes de dominio y de control se suelen encubrir por expresiones de afecto y protección por parte del agresor que no son identificadas por la mujer como violencia. El abuso evoluciona aumentando de intensidad y frecuencia y se alterna con episodios de “arrepentimiento” y amabilidad. Generalmente, es un desarrollo temporal no lineal sino cíclico y progresivo, denominado por Lenore Walker en 1979 como ciclo de la violencia. Esta autora describe tres fases:

- **Primera fase de acumulación de tensión:** en la que el maltratador se muestra hostil e irritable con conductas contradictorias e impredecibles que la mujer no puede controlar, lo que le crea dudas de su propia capacidad, ansiedad creciente y miedo.
- **Segunda fase de explosión de la violencia:** aparecen las agresiones (físicas, psicológicas y/o sexuales). La mujer se siente indefensa, a veces culpable, con miedo, soledad y vergüenza. En esta fase es cuando suele acudir a pedir ayuda profesional, y puede ser una oportunidad para la intervención y la ruptura del ciclo.
- **Tercera fase de reconciliación o “luna de miel”:** el agresor manifiesta arrepentimiento y promete cambiar. La mujer tiene esperanzas de cambio y se refuerza el mantenimiento de la relación y se retrasa o se retira la petición de ayuda o la denuncia. Tras un tiempo variable vuelve a reproducirse la fase de tensión, reiniciándose el ciclo una y otra vez. La fase de reconciliación es cada vez más corta convirtiéndose en una espiral de violencia.

Mientras avanza este proceso la mujer se va quedando sin apoyos sociales, se encuentra aislada, desorientada, agotada psicológicamente, con poca autoestima, dependiente del agresor, con lo cual va siendo más difícil la petición de ayuda y no ve expectativas de cambio a su situación.



⁵⁷ Lenore Walker en 1979 citado en Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la violencia de género. Junta de Castilla y León 2017. Actualizada en 2019 Gerencia Regional de Salud.p.8

Anexo 5

Pautas para la entrevista motivacional según fases de cambio⁵⁸

- Crear un clima de confianza en un entorno tranquilo asegurando la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones.
- Entrevista conjunta del equipo interdisciplinario (se puede decidir quién es la persona más adecuada para llevar a cabo la entrevista), algunos criterios de selección pueden ser quien mejor se maneja en estos casos manteniendo una escucha eficaz.
- Indagar acerca de los recursos personales y sociales: apoyo familiar, de amistades y laboral.
- Respetar los tiempos y hacer una entrevista breve, ya que es posible encontrar un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permitan una intervención larga y detallada.
- Utilizar la escucha activa (sin interrupciones y con atención) y reflexiva, ayudándole a pensar y ordenar sus ideas y tomar decisiones.
- Facilitar la expresión de sentimientos, desculpabilizarle e insistir en que la violencia nunca está justificada.
- Analizar los miedos a un posible cambio.
- Ofrecerle mensajes positivos. Señalarle sus capacidades y logros. Apoyar sus decisiones. Tener en cuenta sus valores y las expectativas y comprender sus sentimientos.
- Alertarla de los riesgos y aceptar su elección, respetando el proceso por el que atraviesa.

Se trabaja con la usuaria, un plan de seguridad según la situación en que se encuentre, la fase del proceso de cambio en que está y la situación objetiva de riesgo o la situación de peligro extremo para asegurar protección.



⁵⁸ Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2ª ed. -- [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015 p.150.

Anexo 6
Pautas para brindar la consejería inicial en el marco del ANIMA ⁵⁹

Pautas para brindar la consejería inicial en el marco del ANIMA	
Atención y escucha activa	Durante la entrevista inicial, se mantiene una escucha activa a la mujer de forma empática, intentando conocer sus necesidades y preocupaciones (físicas, emocionales, sociales y prácticas). Se absuelve las dudas, preguntas y se le informa sobre la posibilidad de realizar los siguientes procedimientos para recibir apoyo o tratamiento respectivo.
No juzgar y reconocer su vivencia	Se hace saber que le creemos y entendemos lo que le está pasando y que no es culpable de lo que le pasa. No está sola, muchas mujeres están pasando por lo mismo. Se señala que no existe justificación alguna frente a la violencia contra las mujeres. Evite dar falsas esperanzas, emitir juicios y asumir la responsabilidad del cambio de la situación de la usuaria. Se valida y acoge sus emociones, haciéndola saber que es normal lo que siente. Procure utilizar frases para desculpabilizarla, “nadie se merece que le traten así. No hay un porqué, ni una justificación”. Señale que sus síntomas y malestares tienen relación con el proceso por el que está pasando y que es una persona valiosa. Hay que destacar sus cualidades, sus habilidades. Hacerle ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar, pero con realismo, sin generar falsas expectativas, ni decirle que será fácil.
Informarse de necesidades y evaluación de Riesgos	Se le informa que es importante poder evaluar el riesgo en que se encuentra para evitar que siga sucediendo la violencia y que será derivada a un personal de salud mental para este procedimiento. Se señala la importancia de recibir una atención integral frente la situación que está atravesando que incluye la evaluación y diagnóstico y posterior tratamiento especializado en caso lo requiera.
Mejorar seguridad y Apoyo de servicios	Se ofrece a la mujer los servicios médicos, sociales y de seguridad respectivos. Se informa de la situación en que se encuentra y las repercusiones en su salud física y emocional. Hacerle saber que la legislación protege sus derechos y su integridad. Se menciona que se realizará la coordinación respectiva para que la atención sea continua e integral. Informa a la persona que puede realizar la denuncia en cualquier Comisaría, luego de lo cual se remitirán a la Fiscalía o directamente acudir a la Fiscalía ¹⁷ . Además,



⁵⁹ Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la violencia de género. Junta de Castilla y León 2017. Actualizada en 2019 Gerencia Regional de Salud.

	<p>se le brinda información precisa (ubicación, persona que la atenderá, etc.) de las instituciones públicas que brindan asistencia legal y social como CEM territorial y hogares refugio temporal de ser el caso. Para aumentar las probabilidades de que la persona asista a dichas instituciones, el equipo de salud señala que es posible que una persona de confianza o de su red de soporte social la pueda acompañar en dichas gestiones.</p> <p>Emplear el tiempo necesario para informarle y preguntar si tiene alguna duda. Al final de la sesión hacer un cierre, que facilite la toma de decisiones y la certeza de disponibilidad del servicio de atención y de continuidad de cuidados.</p>
--	---



Anexo 7:
Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ) Abreviado para el Tamizaje de Problemas de Salud Mental

Ítem	Pregunta	SI	NO
01	¿Ha tenido o tiene dolores de cabeza?		
02	¿Ha aumentado o disminuido su apetito?		
03	¿Ha dormido o duerme mucho o duerme muy poco?		
04	¿Se ha sentido o siente nervioso/a o tenso/a?		
05	¿Ha tenido tantas preocupaciones que se le hace difícil pensar con claridad?		
06	¿Se ha sentido muy triste?		
07	¿Ha llorado frecuentemente?		
08	¿Le cuesta disfrutar de sus actividades diarias?		
09	¿Ha disminuido su rendimiento en el trabajo, estudios o sus quehaceres en la casa?		
10	¿Ha perdido interés en las cosas que realiza?		
11	¿Se siente cansado/a, agotado/a con frecuencia?		
12	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
13	¿Ha sentido usted que una o varias personas han tratado de hacerle daño?		

Se considera **CASO PROBABLE** si presenta al menos 5 Ítems positivos



Anexo 8:
Prueba de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT – C)

- 1) Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- a) Nunca
 - b) Una o menos veces al mes
 - c) Dos o cuatro veces al mes
 - d) Dos-tres veces/semana
 - e) Cuatro o más veces a la semana
- 2) ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
- a) Una o dos
 - b) Tres o cuatro
 - c) Cinco o seis
 - d) Siete a nueve
 - e) Diez o más
- 3) ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
- a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Mensualmente
 - d) Semanalmente
 - e) A diario o casi a diario

El AUDIT-C se califica en una escala de 0 a 12 puntos (puntajes de 0 indican ningún uso de alcohol).

En hombres, una puntuación de 4 o más es considerada significativa (o “positiva”); en mujeres, se considera significativa una puntuación de 3 o más. Un puntaje significativo (“positivo”) indica que la persona está en riesgo elevado de consumo perjudicial o abusivo o dependencia de alcohol.



Anexo 9:
Ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja

Fecha: _____
Nombre del Evaluador/a: _____
Establecimiento: _____

A) IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

1. Nombre(s) y Apellidos: _____
2. Edad: _____ 3. Dirección: _____
4. Fecha de Nacimiento: _____ 5. Lugar: _____
6. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna
7. Ocupación: Ama de casa Obrera Empleada Estudiante
8. Estado Civil: Soltera Casada Conviviente Divorciada
 Separada Viuda
9. Tiempo de Unión: 1 año 1-3 años 4-7 años 8 años o más
10. Religión: Católica Evangélica Otro:(especificar) _____
11. Ingreso económico aproximado: _____

B) IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS RESPONSABLES

PERSONA RESPONSABLE: (Llenar en caso que la usuaria sea una adolescente).⁶⁰

1. Nombre(s) y Apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna
4. Ocupación: Estudiante Obrera Empleado Otro
5. Vive con la paciente: Sí No
6. Teléfono: _____

C) ESTADO DE SALUD FÍSICA

C.1 ASPECTO GENERAL:

1. Talla: _____ 2. Peso: _____
3. Higiene: Buena Regular Mala
4. Aliño personal: Bueno Regular Malo
5. Aparente estado de salud: Bueno Regular Malo
6. Características particulares: _____



⁶⁰ De acuerdo con la Ley 30466 que establece las garantías procesales en el marco del Interés Superior del NN y Adolescente, el personal de salud puede omitir hacerlo por no encontrar a una persona responsable

C.2 TIPO DE LESIÓN:

a) En el listado marque el número del tipo de lesión (Especifique en casos puntuados)

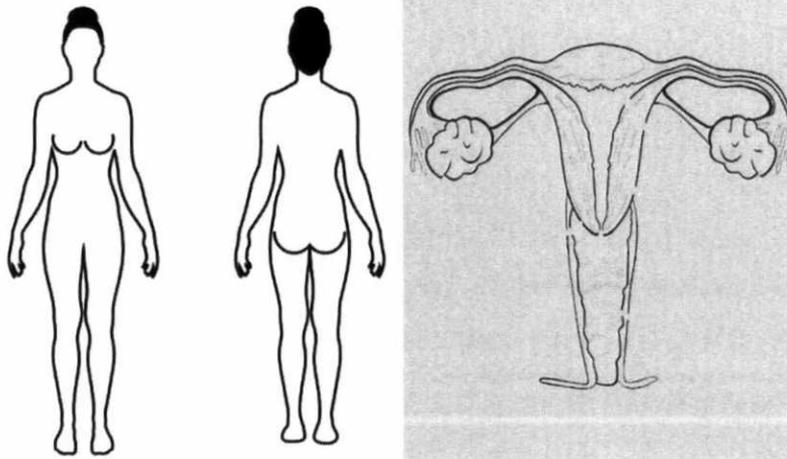
b) Luego coloque el número en el Mapa Corporal en la parte lesionada

1. Hematomas
2. Cicatrices o señales de látigo, hebillas, quemaduras, ahorcamiento
3. Laceraciones y/o abrasiones en la piel, heridas
4. Quemaduras por fuego, líquidos o sustancias
5. Fracturas pasadas mal cicatrizadas, mal tratadas
6. Fracturas actuales
7. Luxaciones
8. Equimosis
9. Dificultad para caminar o sentarse
10. Ausencia de cabellos o calvas
11. Desnutrición
12. Falta de vacunas
13. Hemorragias
14. Embarazo prematuro
15. Aborto o amenaza de...
16. Sospecha de ITS
17. Dolor e hinchazón o comezón en genitales
18. Desgarro perineal
19. Cuerpos extraños en vagina o recto
20. Otros



Explicación de la lesión de parte de usuaria o familia

Mapa corporal



D) ESTADO DE SALUD EMOCIONAL

MARQUE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS OBSERVADOS

- 1. Temor a la pareja
- 2. Angustia, desesperación
- 3. Tristeza, llanto frecuente
- 4. Agresividad
- 5. Pérdida del interés en sus quehaceres
- 6. Sentimientos de desesperanza e impotencia
- 7. Irritabilidad
- 8. Pobre autoestima: sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa. Subraye el que corresponda
- 9. Desconfianza, suspicacia
- 10. Excesiva quietud, falta de actividad exploratoria o conducta motora lenta. Subraye
- 11. Hiperactividad
- 12. Problemas de apetito: disminuido, aumentado, otros
- 13. Problemas del sueño: disminuido, aumentado, pesadillas, terrores nocturnos, otros
- 14. Problemas con la eliminación
- 15. Problemas de lenguaje: tartamudeo, otros
- 16. Gestos o intentos suicidas: pasados, actuales. Subraye
- 17. Uso o abuso de drogas (analgésicos, tranquilizantes) y alcohol
- 18. Juego patológico (apuestas)
- 19. Fugas
- 20. Confusión
- 21. Cambios en la conducta escolar o laboral: bajo rendimiento, ausentismo, otros



E) HISTORIA DEL MALTRATO

E.1 TIPO DE MALTRATO

1. Físico describa: _____
2. Psicológico describa: _____
3. Sexual describa: _____
4. Negligencia describa: _____

E.2 PERSONA AGRESORA:

1. Nombre(s) y apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Domicilio: _____
4. Parentesco: Esposo Conviviente Otros _____
5. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna
6. Ocupación: Estudiante Obrera Empleado Otro
7. Estado durante la agresión: Sobrio Ebrio Drogado Ambos
8. Ingreso económico aproximado: _____

E.3 TIEMPO DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

- 1 año 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11 o más

E.4 MEDIOS UTILIZADOS EN EL ACTO VIOLENTO:

- Propio cuerpo Armas u objetos (especificar) _____
- Sustancias(especificar) _____
- Amenazas Control Otro _____

E.5 MOTIVO:

- Económico Infidelidad/celos Ninguno Embarazo
- Desobediencia, no hace las tareas hogar/colegio
- Robo/mentira Limitación física/mental Otro

E.6 FRECUENCIA:

- Diario Semanal Cada/2 semanas Mensual Anual

E.7 TESTIGOS DE LOS HECHOS VIOLENTOS:

- Hijos Familiares Vecinos

E.8 ACTITUD DEL O LA PACIENTE ANTE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

- Niega, encubre Justifica o se autoinculpa Conciliadora
- Desesperanza Paralizada por temor y sumisión
- Ambivalencia y confusión Reconoce su situación y pide ayuda
- Toma riesgos y actúa Agresividad hacia otros

E.9 ANTECEDENTES:

- Testigo de violencia en su familia
- Maltrato infantil (especificar) _____

E.10 NIVEL DE INFORMACIÓN:

- Conoce la red de atención Sí No
- Conoce sus derechos Sí No

E.11 RIESGO PARA LA INTEGRIDAD PERSONAL Y PARA LA VIDA:

- Leve a moderado Moderado Severo



E.12 SOPORTE PSICOSOCIAL:

- Apoyo familiar(especificar) _____
- Apoyo de amigos(especificar) _____
- Apoyo de grupos _____
- Apoyo de vecinos _____

F) HALLAZGOS PRINCIPALES (Resumen)

Liste los problemas principales:

Diagnóstico CIE 10 _____

a) _____ b) _____

G) DISPOSICIÓN

G.1 DERIVACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Gineco obstetricia | <input type="checkbox"/> Planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> PAI | <input type="checkbox"/> Adolescencia |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Psicología | <input type="checkbox"/> Otros servicios de salud mental |

G.2 TIPO DE TRATAMIENTO:

- Consulta en salud mental Intervención familiar Psicoterapia Individual
- Intervención breve Sesión de movilización de redes
- Evaluación Integral Interdisciplinaria
- Psicoeducación Visita domiciliaria Intervención individual en salud mental
- Otro

G.2 DERIVACIÓN RED MULTISECTORIAL:

- PNP (Comisaría) Fiscalía Penal y/o Familia
- Centro ALEGRA (Ministerio de Justicia)
- Juzgado de la Familia Centro Emergencia Mujer (MIMP) DEMUNA
- Otro



Cita: _____

Firma del profesional responsable _____



Anexo 10:

Ficha de valoración de riesgo en mujeres en situación de violencia de pareja o expareja

El presente instrumento es aplicado a mujeres y adolescentes mayores de 14 años que han sido víctimas de violencia de parte de su pareja o expareja, con el objetivo de valorar su riesgo de ser agredidas, prevenir el feminicidio y adoptar las medidas de protección correspondientes (Art. 43 del TUO de la Ley N° 30364). En el caso del personal de salud contribuye en la valoración clínica integral y enfoque de riesgo centrada en la víctima de violencia a fin de enlazar con las instancias pertinentes que adopten las medidas de protección.

Para su llenado, el/la profesional de salud con competencias marcará cada ítem según el relato de la víctima, al final sumará todos los puntajes y de acuerdo al intervalo donde se ubica, coloca la valoración respectiva.

VALORACIÓN DEL RIESGO

En esta sección, usted hace una serie de preguntas a la víctima. Las preguntas solo admiten dos respuestas (sí/no). Las preguntas con el sufijo "a" (2a, 5a, 12a,) son informativas, no suman puntaje de riesgo y sirven para atender mejor el caso. Si la mujer no sabe qué responder, repregunte. Si finalmente no tiene información para responder, deje la pregunta correspondiente sin marcar. Son tres los pasos para aplicar este instrumento. Para aplicar esta sección usted necesita presentar el calendario de los últimos doce meses.

PASO 1. IDENTIFICAR AGRESIONES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

[Nota para quien aplica el instrumento: muestre el calendario de los últimos doce meses a la víctima. Por ejemplo, si se aplica en el mes de agosto, deberá presentarle el calendario de desde setiembre del año anterior hasta agosto del presente año. El calendario ayuda a que la mujer recuerde mejor los hechos de violencia y que, por tanto, responda en forma más acertada las preguntas de este instrumento. No se necesita adjuntar el calendario al instrumento ni calificarlo. Su uso es solo una ayuda para las respuestas]

Dígale lo siguiente a la víctima: *"Por favor, indíqueme en el calendario las fechas aproximadas en el último año en las que usted fue agredida físicamente por su pareja o expareja."*

PASO 2. INDICAR NIVEL DE AGRESIÓN SUFRIDA

"Ahora, indique qué tan graves fueron cada una de esas agresiones que usted ha señalado en el calendario, de acuerdo a la siguiente escala:"

[Nota para quien aplica el instrumento: Puede imprimir la hoja de alternativas de respuesta para ayudar a que las usuarias respondan]



- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cachetadas, empujones, jalones de pelo o sin lesiones ni dolor prolongado.2. Puñetazos, patadas, moretones, cortes y/o dolor prolongado.3. Golpiza, golpes muy fuertes, quemaduras o huesos rotos.4. Amenaza de usar un arma, lesiones en la cabeza, lesiones internas, o lesiones permanentes. <p>Uso de arma, heridas por arma (pistola, cuchillo u otros).</p> | [A llenar por quien aplica el instrumento]: Escriba el número más alto señalado por la mujer en la lista de la izquierda: _____ |
|---|---|



PASO 3. PREGUNTAR PARA LA VALORACIÓN DE RIESGO

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

Marque con una X en donde corresponde ("sí" o "no"). Los números en cada casilla de respuesta son los puntajes de cada pregunta. Si no sabe qué responder, repregunte. Si finalmente ella no tiene información para responder, deje la pregunta correspondiente sin marcar.

En las siguientes preguntas, "Él" se refiere a su esposo, conviviente, pareja sexual sin hijos, enamorado o novio que no es pareja sexual, exesposo, ex conviviente, ex enamorado, o padre de su hijo pero que no han vivido juntos).

Dígale lo siguiente a la víctima: "Ahora le voy a hacer una serie de preguntas. Por favor, responda 'sí' o 'no' según corresponda. Le agradezco su sinceridad"

		Sí	No
1.	¿En el último año, la violencia física contra usted ha aumentado en gravedad o frecuencia?	1	0
2.	¿Él tiene algún arma o podría conseguir un arma con facilidad? (pistola, cuchillo, machete, u otros)	5	0
	2a. ¿Han vivido juntos durante el último año? [si dice NO, pasar a pregunta 4]		
3.	Usted me dice que han vivido juntos en el último año. ¿Siguen viviendo juntos o lo ha dejado? [Si siguen viviendo juntos marcar SI; si lo ha dejado marcar NO]	0	4
4.	¿Actualmente, él tiene trabajo estable? [si ella no sabe, no marcar nada]	0	4
5.	¿Alguna vez él ha usado o la ha amenazado con un arma (pistola, cuchillo, machete u otros)?	3	0
	5a. Si su respuesta fue "SI", ¿fue con una pistola o cuchillo?: _____		
6.	¿La ha amenazado con matarla?	3	0
7.	¿Alguna vez usted lo denunció por violencia familiar (porque él le pegó) ante la comisaría, fiscalía, juzgado o ante alguna autoridad comunal?	3	0
8.	¿Él la ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?	2	0
9.	¿Él ha intentado ahorcarla?	2	0
10.	¿Él consume drogas? Por ejemplo, como la marihuana, pasta básica, cocaína u otras.	1	0
11.	¿Él es alcohólico o tiene problemas con el alcohol (trago o licor)?	1	0
12.	¿Le controla la mayoría o todas sus actividades diarias? Por ejemplo, no le deja que vea a sus familiares o amistades, le controla cuánto dinero puede gastar, etc.	1	0
	12a. Si él trata de controlarla, pero ella no lo permite, márkelo aquí: _____		
13.	¿Él se pone celoso de forma constante y violenta? Por ejemplo, le dice: "si no eres mía, no serás de nadie" u otras similares.	1	0
14.	¿Cuándo usted estuvo embarazada, alguna vez él la golpeó?	1	0
15.	¿Alguna vez él ha amenazado o ha intentado suicidarse?	1	0
16.	¿Él la ha amenazado con hacerle daño a sus hijos?	1	0
17.	¿Cree que él es capaz de matarla?	1	0
18.	¿Él realiza alguna de las siguientes acciones?: La llama insistentemente, le deja mensajes en su teléfono o en redes sociales o destruye sus cosas (celular, ropa u otro).	1	0
19.	¿Alguna vez usted ha intentado o ha amenazado con quitarse la vida?	1	0
	Sumatoria de puntaje (0-37)		

MARCAR NIVEL DE RIESGO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO



0-7 Leve (riesgo variable)
8-13 moderado (riesgo en aumento)
14-17 Severo 1 (severo)
18-37 Severo 2 (severo extremo)

Observaciones adicionales



GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA
POR LA PAREJA O EXPAREJA

FIRMA Y SELLO DEL OPERADOR	FIRMA DE LA VÍCTIMA	HUELLA DIGITAL
----------------------------	---------------------	----------------

Remitir copia de la ficha junto a los certificados médicos correspondientes al CEM, Fiscalía, PNP, Juzgado, según corresponda.



Anexo 11:
¿Cómo elaborar un plan de seguridad?⁶¹

Incluso aquellas mujeres que no corren un riesgo alto e inmediato de violencia pueden beneficiarse de un plan de seguridad. Si la mujer tiene un plan, estará en mejores condiciones de manejar la situación en el caso de que se desate repentinamente una situación violenta. A continuación, se indican los elementos de un plan de seguridad y las preguntas que pueden formularse para ayudar a la mujer a elaborarlo.

Cómo hacer un plan de seguridad

Lugar seguro adónde ir	Si usted tiene que salir de su casa rápidamente, ¿a dónde podría ir? ¿Qué hacer con los hijos? ¿Se iría sola o se llevaría a sus hijos? ¿Transporte? ¿Cómo llegaría hasta allí?
Qué hacer con los hijos	¿Se iría sola o se llevaría a sus hijos?
Transporte	¿Cómo llegaría hasta allí?
Qué llevarse	¿Tendría que llevarse algún documento, llaves, dinero, ropa u otras cosas? ¿Cuáles serían las cosas esenciales que necesitaría llevarse? ¿Puede guardar todas esas cosas juntas en un lugar seguro o dejarlas con alguien, por si acaso?
Aspectos económicos	¿Cuenta con dinero si tiene que irse? ¿Lo tiene guardado en un lugar seguro? ¿Puede disponer de él en caso de urgencia?
Persona de confianza en la vecindad	¿Puede hablarle a alguna vecina de su situación para que llame a la policía o acuda en su ayuda si oye que hay violencia en su casa?

Hable sobre cómo mejorar las condiciones de seguridad en la casa:

Si la mujer no puede evitar que las discusiones con su pareja empeoren, aconséjele que procure llevarlas a un cuarto o un área de la que pueda salir con facilidad. Recomiéndele que evite los espacios donde pueda haber armas. Si la mujer ha decidido que lo mejor es salir de la casa, aconséjele que haga los planes necesarios y se marche a un lugar seguro ANTES de que su pareja se entere, ya que de lo contrario puede peligrar tanto su propia integridad como la de sus hijos.

Evite poner a la mujer en más riesgo:

Hable con la mujer sobre el maltrato únicamente cuando usted y ella estén en privado. Nadie mayor de dos años de edad escucha la conversación. Nunca aborde el tema de la violencia si la pareja, otros familiares u otra persona que la acompañe, aunque sea una amiga, puede oírlos. Quizá sea preciso inventar una excusa para poder hablar con la mujer en privado, como enviar al acompañante a hacer un mandado o un trámite. Si la mujer trae a sus hijos puede pedirle a un colega que los cuide mientras usted conversa con ella. En todo momento recuerde mantener la confidencialidad de la historia clínica.

Dicho documento se conserva en un lugar seguro y no debe estar sobre un escritorio ni a la vista de cualquier persona. Hable con la mujer sobre cómo va a justificar su ausencia de la casa. Si tiene que llevarse documentos (para la policía, por ejemplo), hable con ella sobre qué hacer con ellos y cómo guardarlos apropiadamente.

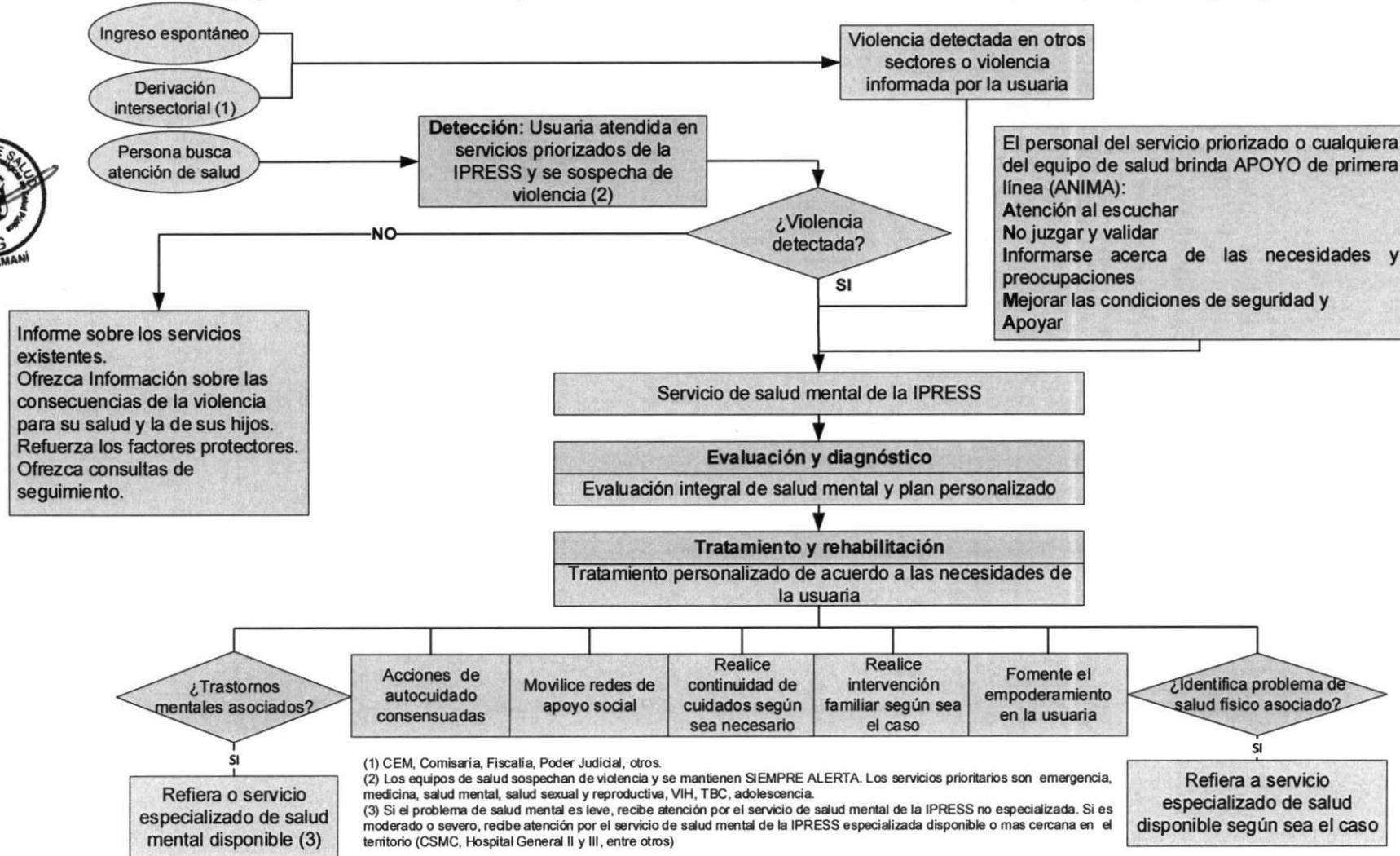


⁶¹ Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Ministerio de Salud de Uruguay y Organización Panamericana de la Salud. 2018.p.57 y 58.



Anexo 12

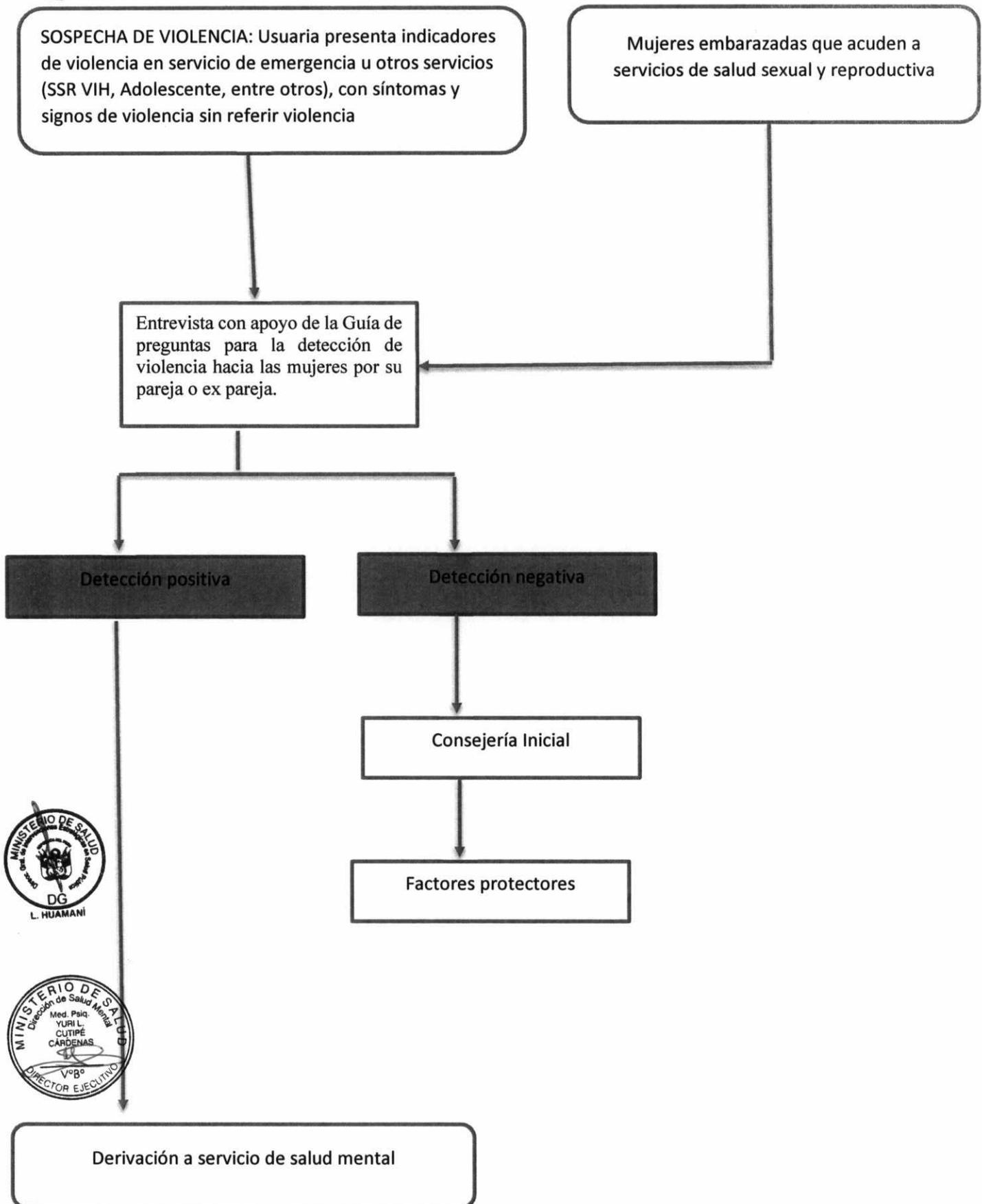
Flujograma de atención a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja



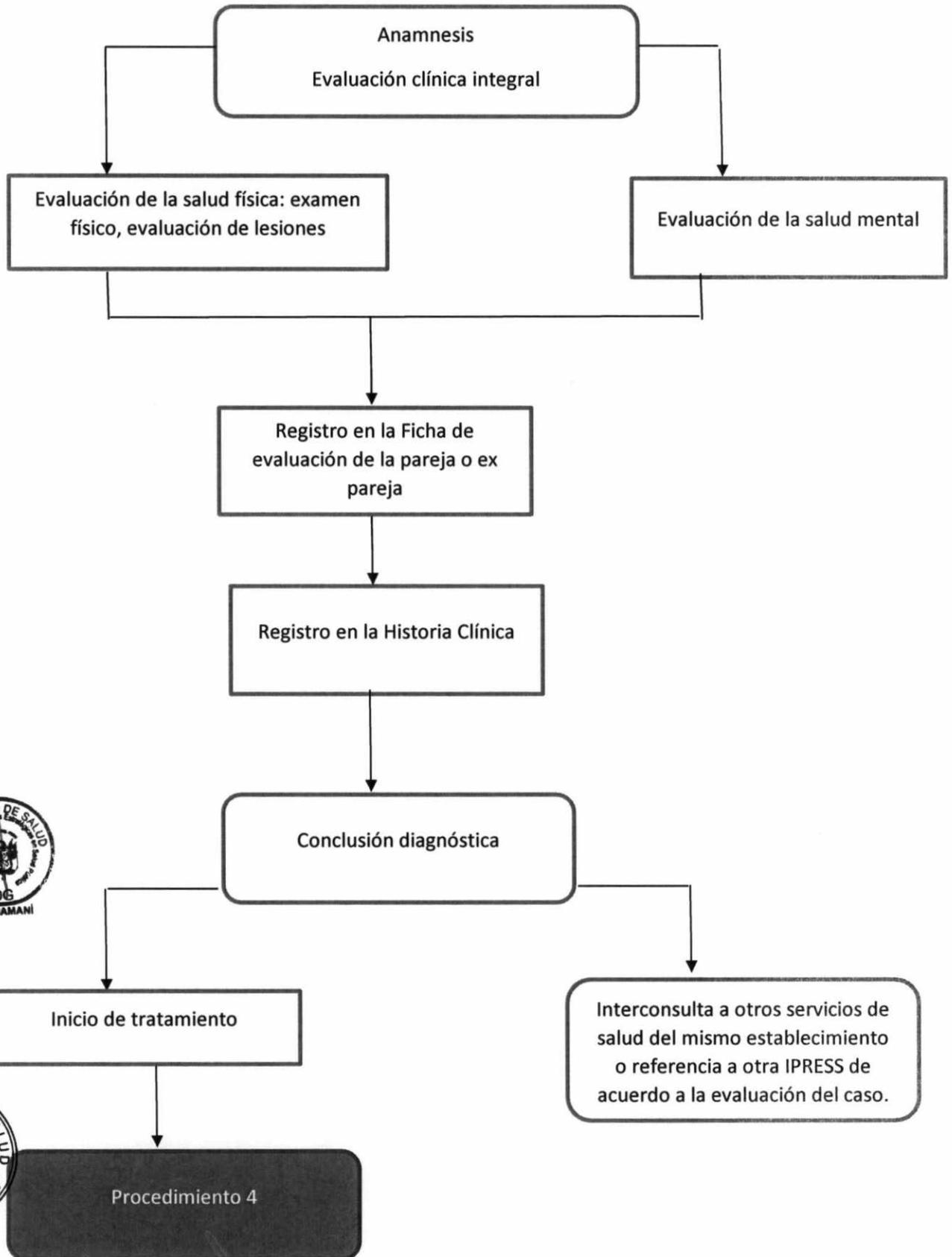
(1) CEM, Comisaría, Fiscalía, Poder Judicial, otros.
 (2) Los equipos de salud sospechan de violencia y se mantienen SIEMPRE ALERTA. Los servicios prioritarios son emergencia, medicina, salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH, TBC, adolescencia.
 (3) Si el problema de salud mental es leve, recibe atención por el servicio de salud mental de la IPRESS no especializada. Si es moderado o severo, recibe atención por el servicio de salud mental de la IPRESS especializada disponible o mas cercana en el territorio (CSMC, Hospital General II y III, entre otros)

Valoración del riesgo para la vida y actuación según nivel de riesgo vital

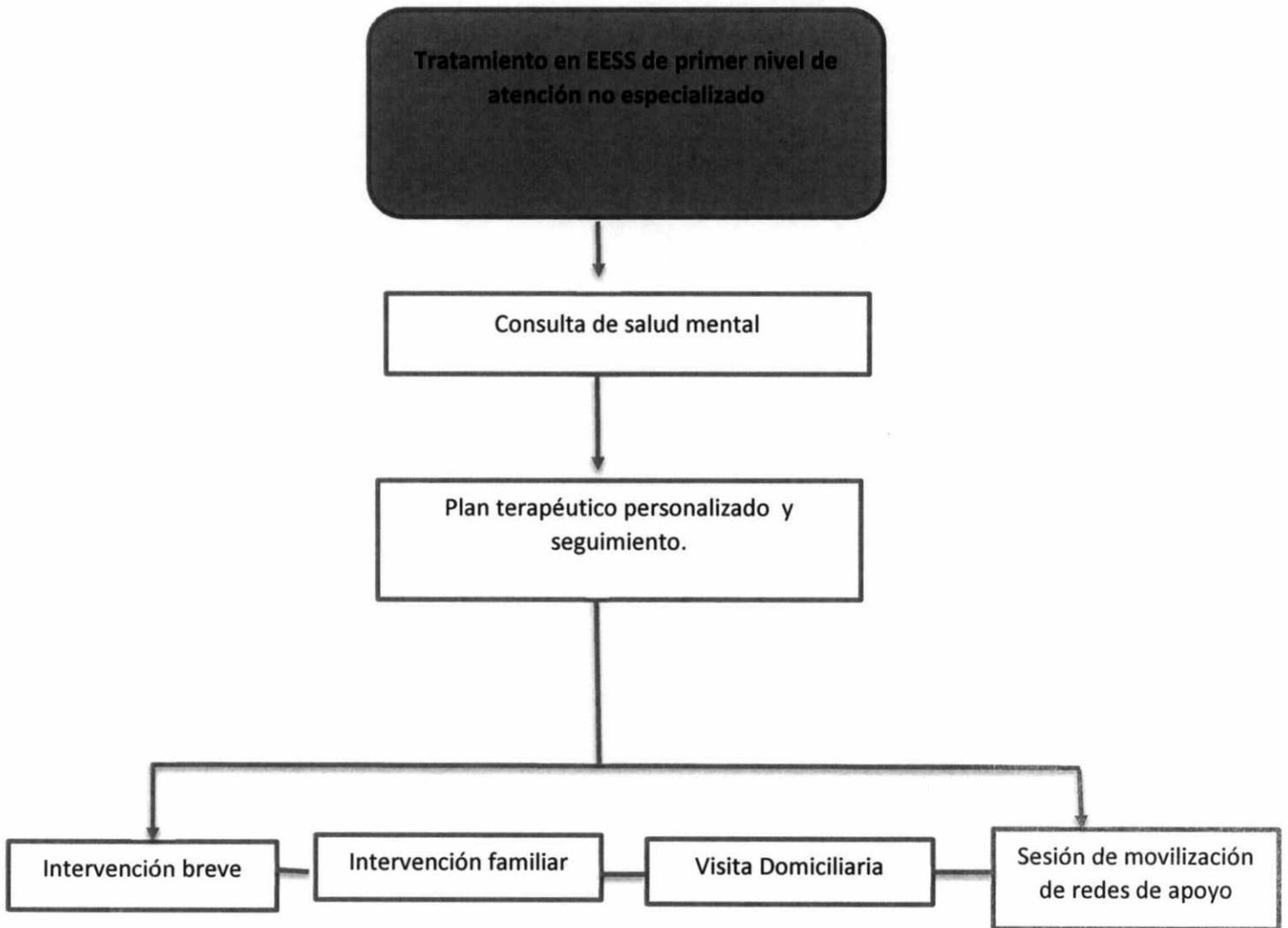
Procedimiento 1: Detección



Procedimiento: Evaluación y Diagnóstico



Procedimiento: Tratamiento y Rehabilitación en el primer nivel de atención no especializado



IX. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Salud de Uruguay y Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguay 2018, adaptado para Uruguay por el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay y la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [consultado 2020 Oct. 8]. Disponible en:
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Cl%C3%ADnico%20SNIS-MSP 2018.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Cl%C3%ADnico%20SNIS-MSP%202018.pdf)
- 2) Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. Actualización de la Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la violencia de género. [Internet] España: Junta de Castilla y León; 2019 [consultado 2020 Dic. 12]. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero.ficheros/958126-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero%202019.pdf>
- 3) Administración de la Comunidad Autónoma de País Vasco. Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. [Internet] España: Ozakidetza; 2019. [consultado 2020 Jul. 13] Disponible en:
[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia violencia genero/es def/adjuntos/guia vg es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia%20violencia%20genero/es%20def/adjuntos/guia_vg_es.pdf)
- 4) Binfa L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud Rev Med Chile [Internet] 2018 [consultado 2020 Jun. 11]; 146: 331-340. Disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152316/Cultural-adaptation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 5) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Domestic violence and abuse Quality standard [Internet] United Kingdom: NICE; 2016 [consultado 2020 Jun 23] Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs116/resources/domestic-violence-and-abuse-pdf-75545301469381>
- 6) OMS. Manual Clínico para la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. [Internet] Washington D.C.: OPS; 2016. [consultado 2020 Oct. 17] Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>
- 7) OMS. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica. Resumen. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. [consultado 2020 Set. 15] Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1
- 8) Suarez A, Borrás S, Frías Y, Llamas M, Vizuet E. Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet] Sevilla: Junta de



Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015. [consultado 2020 Oct. 24] Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajda/salud_5af95874e02ad_protocolo_violencia_genero.pdf

- 9) Organización Panamericana de la Salud. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. [Internet] Washington, D.C. : OPS; 2013. (Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares; 25).[consultado 2020 May 12] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51593>
- 10) Ruggieri M, Leese M, Thornicroft G. y cols. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry [Internet]. 2000 [consultado 2020 Ag. 13] Aug;177:149-55. doi: 10.1192/bjp.177.2.149.
- 11) O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [consultado 2020 Nov 21] Jul 22;2015(7):CD007007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6599831/>
- 12) UNFPA, ONU Mujeres, OMS, PNUD y otros. Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Elementos centrales y directrices relativas a la calidad de la atención. Módulo 2: Salud. [Internet] Naciones Unidas;2015. [consultado 2020 set 20]. Disponible en:
<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/essential-services-package-module-2-es.pdf?la=es&vs=4419>
- 13) Karakurt G, Whiting K, Van Esch C, Bolen S D., Calabrese J. R. Couples therapy for intimate partner violence: A systematic review and meta- analysis. J Marital Fam Ther [Internet] 2016 [consultado 2020 Jun 02], 42(4), 567-583. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5050084/>



Procedimiento : Tratamiento y rehabilitación para casos de RIESGO MODERADO Y SEVERO

Tratamiento especializado en violencia en casos de riesgo moderado y severo
CSMC y EESS a partir del segundo nivel de atención con personal especializado

Consulta médica

Plan terapéutico personalizado y seguimiento.

Evaluación Integral Interdisciplinaria

Psicoeducación

Intervención individual en salud mental

Psicoterapia individual

Visita domiciliaria

Sesión de movilización de redes de apoyo

