

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





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

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

© **Ministerio de Salud del Perú**

Av. Salaverry 801 - Lima 11

Central: (511) 315-6600

Página Web: <http://www.minsa.gob.pe>

Primera edición: Febrero 2017

Tiraje: 3000 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO diseño EIRL

Jr. Huaraz 449 - Breña

Tel.: 433-5974 / 998 037 046

sincodesign@yahoo.es

Lima, febrero de 2017

Agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud por el apoyo brindado para la edición del presente documento.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
I. FINALIDAD	9
II. OBJETIVO	9
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	9
IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	9
V. CONSIDERACIONES GENERALES	9
5.1 Aspectos a considerar	9
5.2 Definiciones operativas	10
5.3 Requerimientos básicos para la atención de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja	14
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	15
6.1 Procedimiento 1: Detección del caso	15
6.2 Procedimiento 1: Detección del caso	17
6.3 Procedimiento 3: Tratamiento y recuperación	21
VII. ANEXOS	24
VIII. BIBLIOGRAFÍA	42

PRESENTACIÓN

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, señala que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Actualmente mueren en el mundo por esta causa más de 1,5 millones de personas cada año, y muchas más padecen lesiones no mortales y secuelas crónicas sin lesiones físicas como resultado de los intentos de suicidio, la violencia interpersonal (violencia juvenil, violencia en la pareja, maltrato de menores, de personas adultas mayores, personas con discapacidad y violencia sexual, por identidad de género y otros) y la violencia colectiva (guerras, barras bravas, callejera y otras). En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo en la población de 15 a 44 años de edad.

Por otro lado, la OMS establece que la violencia contra la mujer –especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual– constituye un problema de salud pública y una violación grave de los derechos humanos de las mujeres que no sólo se constituye en violencia física. La discriminación, la desigualdad, la trata, la violencia sexual, psicológica y económica, el acoso, la mutilación genital, son situaciones que afectan a más del 70% de las mujeres en todo el mundo. La violencia origina altos costos sociales y económicos, que repercuten en la sociedad.

En el Perú, la evidencia no es diferente, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES de 2015, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el 70,8% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. La violencia, afecta negativamente el bienestar de las mujeres e impide su plena participación en la sociedad. Además de tener consecuencias negativas para las mujeres, la violencia también impacta en el entorno familiar, la comunidad y el país.

Frente a estas consideraciones, el Ministerio de Salud en cumplimiento de sus funciones como ente Rector en el Sector Salud, en el marco de la Ley 29889 y lo dispuesto en la Ley 30364, establece la implementación de la ***“Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres en situación de Violencia ocasionada por la Pareja o Expareja”***, que constituye un importante instrumento de gestión para mejorar la calidad del servicio y prestación de salud mental de la población en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPRESS a nivel nacional, documento que ponemos a disposición gracias a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A 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 de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

II. OBJETIVO

Establecer los procedimientos de identificación, diagnóstico y tratamiento para la recuperación de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Estandarizar los procedimientos para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 ASPECTOS A CONSIDERAR:

- La adecuada disposición (competencias y actitudes) del equipo de salud es esencial para una mejor calidad de atención de la víctima y la correspondiente eficacia terapéutica del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.
- Para todos los casos es importante intervenir interdisciplinariamente de acuerdo al contexto de la persona en situación de crisis por efecto de violencia, en la misma situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes que aparecen, como de los factores estresantes y los factores de riesgo para la víctima.
- El trato cálido, seguro, la capacidad de escucha, el diálogo respetuoso y receptivo favorece que la mujer en situación de violencia pueda expresarse y de ese modo permita la calma interna y relacional. Es básico respetar los tiempos, silencios, evasión y ausencias emocionales de la persona. Dada la condición de crisis o post crisis, habrá que considerar que las funciones psíquicas pueden estar alteradas, por ello se debe evitar confrontar o emitir juicios de valor y desestimar las percepciones y opiniones que pueden determinar una confrontación innecesaria.
- Intentar que las personas afectadas puedan comprender la circunstancia actual/motivo que desencadena la conducta de violencia, que a mayor sometimiento mayor violencia y de ese

modo pueda elaborar una estrategia para su protección y toma de decisiones para el cambio de su condición de vida.

- Es necesario evaluar las relaciones o vínculos y especialmente identificar la existencia de una red de apoyo socio-familiar de la mujer e intervenir para favorecer su inclusión participativa.
- Identificar los aspectos sanos de la vida emocional de la víctima que aporten a su autonomía y autovaloramiento son elementos clave para generar el cambio.
- Identificar la presencia de violencia contra otros miembros de la familia, como niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores.
- De acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, no resulta necesaria la realización de la audiencia especial de ratificación pericial; por lo que no se requiere la presencia de los profesionales para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio.
- Se deben incluir acciones intersectoriales e intrasectoriales necesarias para lograr una atención integral que permita efectivizar este abordaje conjunto de atención a la mujer en situación de violencia.

5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.2.1 Anamnesis

Conjunto de datos clínicos relevantes y otros del historial de la mujer en situación de violencia. La anamnesis es parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, antecedentes familiares, personales, entre otros. Para el caso de la violencia contra la mujer la anamnesis es un punto de partida para documentar los riesgos, la situación de violencia y sus características.

5.2.2 Detección

Es el proceso mediante el cual el personal de la salud identifica el riesgo o signos de violencia contra la mujer a partir de la observación (con o sin ayuda de una lista de chequeo) y/o declaración de la propia afectada en los servicios de salud. La detección es considerada como el primer paso para romper el ciclo de la violencia en cada caso y se realiza en todos los niveles de atención.

5.2.3 Enfoque de derechos humanos

Parte del principio que las mujeres tienen los mismos derechos y responsabilidades que los hombres y que no es admisible ninguna diferenciación, ni objetiva ni razonable relativa al ejercicio de los derechos y goce de oportunidades. Implica además, reconocer el carácter universal e interdependiente de sus derechos civiles, sociales, políticos y económicos.

5.2.4 Enfoque de integralidad

Reconoce que en la violencia contra las mujeres confluyen múltiples causas y factores que están presentes en distintos ámbitos, a nivel individual, familiar, comunitario, social y estructural. Por ello se hace necesario establecer intervenciones en los distintos niveles en los que las personas se desenvuelven y desde distintas disciplinas.

5.2.5 Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a una mujer a sufrir una situación de violencia; esto se le reconoce como prevención primaria. Modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios para mujeres violentadas, al intervenir en la fase precoz y el tratamiento de acuerdo a las necesidades de la usuaria, es prevención secundaria; y la prevención terciaria se dirige a quienes ya presentan daño y a evitar mayores complicaciones y discapacidad.

5.2.6 Factores de riesgo asociado

Diversos estudios muestran que la violencia contra la mujer o basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa, sino que obedece a múltiples causas, factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos¹ Hay factores de riesgo como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, que contribuyen a la incidencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres.

De acuerdo al modelo ecológico existen factores a nivel social, comunitario, relacional e individual asociados a la violencia infligida por la pareja². Dichos factores se presentan a continuación, complementados por el análisis más reciente de la Organización Panamericana de la Salud - OPS (Piazza, Guedes, 2013) que reafirma la pertinencia del modelo³.

1. Factores comunitarios y sociales

- Relaciones de poder institucionalizadas.
- Normas culturales de género (especialmente las que asocian la virilidad con la superioridad, el dominio y la agresión).
- Condiciones de vulnerabilidad social.
- Baja posición social y económica de la mujer.
- Sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja dentro del matrimonio.
- Sanciones comunitarias débiles en caso de violencia de pareja.
- Amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos.
- Conflicto armado y altos niveles generales de violencia en la sociedad.
- Creencias tradicionales de que el hombre tiene derecho a controlar a la mujer.

2. Factores relacionales/familiares

- Socialización y modelo parental basado en la violencia.
- Vínculos afectivos precarios en la familia.
- Falta de control de impulsos.
- Historia de un patrón familiar de violencia.
- Conflictos conyugales.

¹ OPS, 2003. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington, p.5.

² Informe Mundial sobre violencia. OPS

³ OPS, 2013. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington.

- El varón controla el patrimonio y la toma de decisiones en la familia.
- Múltiples parejas.
- Insatisfacción marital.
- Disparidad educativa.
- Elevado número de hijos.
- Maltrato anterior.

3. Factores individuales

- Presenciar violencia conyugal durante la niñez.
- Sufrir abusos durante la niñez.
- Ser joven.
- Actitud de aceptación de la violencia.
- Situación de pobreza.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Bajo nivel educativo.
- Estar embarazada.

Ser víctima de la violencia también aumenta aún más el riesgo de la persona al maltrato y de convertirse en agresor. La identificación, atención y apoyo de las víctimas mediante el uso de iniciativas basadas en evidencias es clave para proteger la salud y romper el círculo vicioso de la violencia⁴.

5.2.7 Femicidio

El femicidio o asesinato de mujeres por razones asociadas con su género es la forma más extrema de la violencia contra las mujeres, entendida como “cualquier acción o conducta, que basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

5.2.8 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS

Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados y por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

5.2.9 La violencia contra la mujer por su condición de tal

Es la acción u omisión identificada como violencia; entendida esta como una manifestación de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de las mujeres de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad, a través de relaciones de dominio, de sometimiento y subordinación hacia las mujeres. Las operadoras y los operadores comprenden e investigan esta acción de modo contextual como un proceso continuo.

⁴ OPS, 2013. Prevención de la violencia: la evidencia. El Paso, TX (Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: la evidencia) p.113.

Esto permite identificar los hechos típicos que inciden en la dinámica de relación entre la víctima y la persona denunciada, ofreciendo una perspectiva adecuada para la valoración del caso

5.2.10 Mujer en situación de violencia por pareja

Es la mujer que sufre o ha sufrido daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico ocasionado por su pareja, cualquier acción u omisión identificada como violencia.

5.2.11 Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental

Incorpora el abordaje de los determinantes de salud, desde una dimensión política que articule territorialmente, los niveles de gobierno y los demás sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva, basado en la continuidad de cuidados de la persona y su familia en el sistema de salud.

5.2.12 Riesgo

Riesgo implica la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que incrementen la aparición de violencia. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se presente.

5.2.13 Plan de continuidad de cuidados

El cuidado de la salud mental implica la identificación y atención de necesidades étnicamente diversas en salud de las personas a lo largo del curso de su vida (nacimiento, niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor), sean hombres o mujeres, en un entorno familiar y territorio determinado.

La dimensión social de la atención y el cuidado integral comprende intervenciones de prevención del riesgo y protección de la salud mental, así como acciones de promoción que actúen sobre los determinantes de salud mental. Es en el marco de los determinantes de salud que la rehabilitación psicosocial de las personas con problemas y trastornos de salud mental se convierte en una línea de la salud pública.

De esta manera, la continuidad de cuidados desde una perspectiva de multidimensionalidad e integralidad de las necesidades en salud mental, supone el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).

5.2.14 Revictimización

Se entiende como las acciones u omisiones inadecuadas que incrementan el daño sufrido por la víctima como consecuencia de su contacto con las entidades encargadas de la atención, protección, sanción y recuperación de la violencia. Las instituciones que integran el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar, creada con Ley N° 30364, adoptarán las medidas adecuadas para erradicar la revictimización considerando la especial situación de la víctima.

5.2.15 Salud mental

La salud mental es un proceso dinámico, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho.

5.2.16 Violencia física

Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.

5.2.17 Violencia psicológica

Es la acción o conducta, tendiente a controlar su conducta o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla, manipularla, imprimirle miedo o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. 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 previo.

5.2.18 Violencia sexual

Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

5.3.1 Infraestructura adecuada

La atención podrá realizarse en uno de los ambientes del establecimiento de salud, o en el espacio intramural, debiendo ser adaptado de manera que responda a las características de privacidad, confidencialidad y seguridad.

En el espacio extramural, a través de acciones de promoción de la salud, en escenarios como la familia, la comunidad, las instituciones educativas; los centros laborales, a través de acciones de promoción de la salud, visitas domiciliarias y actividades educativas - comunicacionales.

5.3.2 Infraestructura adecuada

- Un ejemplar de la presente Guía Técnica.
- Material informativo y educativo comunicacional.
- Directorio de instituciones y organizaciones locales para la información, intervención y remisión de los casos.

5.3.3 Recursos humanos

- En los puestos y centros de salud se deberán contar con un profesional de la salud capacitado, quien se encargará de la consejería básica para la intervención en crisis, la detección y la referencia a establecimientos de salud con capacidad resolutive y a otras instituciones locales si el caso lo amerita, así como al seguimiento de los casos contrarreferidos de los diversos establecimientos, debiendo coordinar a fin de brindar una mejor atención y cubrir las diferentes necesidades de la población.
- En los Centros de Salud Mental Comunitarios y hospitales generales, los procesos de tratamiento personalizado, de acuerdo a la problemática que presente, referencia y rehabilitación, estará a cargo del equipo interdisciplinario especializado.
- Los profesionales de la salud deben ser capacitados por personal especializado en la atención a mujeres en situación de violencia, para brindarles una atención de calidad en todos los establecimientos de salud de las IPRESS.
- Todo el personal de la salud será capacitado por profesionales especializados en la atención a mujeres en situación de violencia, quienes además conocerán las preguntas para la detección de riesgo, las que se incluirán como procedimientos de rutina en la historia clínica.
- El personal de la salud debe estar en condiciones de reconocer sus propias emociones, creencias y actitudes frente a la violencia.
- El personal de la salud debe mostrar permanentemente una actitud de respeto hacia la persona y sus derechos.
- Todo el personal de la salud debe estar capacitado en temas de violencia contra la mujer.
- El personal de la salud, propiciará visitas a la persona en crisis, en su domicilio o en otros espacios de la comunidad.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

La atención y recuperación de una mujer en situación de violencia se estructura en una serie de procedimientos que en algunos casos pueden ser secuenciales, y en otros pueden sobreponerse. Estos procedimientos son: la detección (sospecha e identificación), la valoración y diagnóstico; el tratamiento y recuperación de la salud; para ello, el personal de la salud deberá utilizar los instrumentos establecidos en la presente Guía Técnica.

6.1 Procedimiento 1: Detección del caso

Objetivo:

Identificar precozmente los casos de las mujeres en situaciones de violencia ocasionada por la pareja o expareja.

6.1.1 Sospecha del caso

El personal de la salud se mantiene siempre alerta en la atención diaria en los diferentes servicios del establecimiento de salud de las IPRESS *para observar* signos y/o síntomas que puedan hacer pensar que una mujer podría encontrarse en situación de violencia por la pareja o expareja. Para ello, se debe tener presente la siguiente información:

Signos, actitudes y comportamientos de alerta ante una posible situación de violencia por la pareja o expareja

Mujeres con lesiones	Mujeres sin lesiones
<ul style="list-style-type: none"> • Relato de los hechos no concuerda o existe negativa a explicar el origen de las lesiones. • Tiempo transcurrido demasiado largo entre el accidente y la consulta. • Historia de accidentes frecuentes. • Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes partes del cuerpo. • Lesiones antiguas, no tratadas, junto a lesiones nuevas. 	<p>Signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas crónicos vagos que no concuerdan con un diagnóstico de enfermedad. • Ansiedad y angustia. • Historia de depresión. • Intentos de suicidio. • Consumo elevado de tranquilizantes, alcohol u otras drogas. • Síndrome de estrés postraumático. • Enfermedades de transmisión sexual. • Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia. • Reparos, dificultad o dolor en el examen pélvico. • Problemas ginecológicos y obstétricos recurrentes. • Envejecimiento prematuro.
	<p>Actitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad sin causa aparente. • Actitud evasiva, mirada esquiva, se muestra confundida o temerosa. • Actitud apresurada y atemorizada. • Mujer dependiente de su pareja, que acude con ella a la consulta, que tiene miedo, que lo mira antes de hablar. • Actitud ansiosa, deprimida o triste. • Desvalorización de sí misma (se califica como torpe e incapaz). • Apariencia desaliñada. <p>Comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas frecuentes y reiteradas sin justificación lógica aparente. • Retraso u olvido de las citas sin justificación lógica aparente. • Comienzo tardío de la atención prenatal.

Adaptado de la *Guía de Atención Sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el Sistema de salud*. Aragón. España. 2005.

6.1.2 Identificación del caso

El personal de la salud descarta o confirma la situación de sospecha de violencia a través de una entrevista, pudiendo utilizar preguntas claves para la detección (Utilizar Anexo 2 de la presente Guía Técnica).

Para el desarrollo de la entrevista es indispensable crear un clima de confianza entre el/la entrevistador/a y la usuaria. Para ello, el personal de la salud debe considerar lo siguiente:

Pautas a tener en cuenta en la entrevista de identificación:

- La primera entrevista se fundamente en una escucha activa.
- Evitar que la entrevista se convierta en interrogatorio.
- Iniciar la entrevista con preguntas facilitadoras: ¿cómo se siente?, ¿en qué la podemos ayudar? ¿Qué le ocurrió?
- Entrevistar a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- La presencia de violencia o no en los vínculos familiares.
- Mantener una actitud empática que facilite la comunicación, con una escucha activa sin interrupciones.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- 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 del abuso.
- Alertar a la mujer de los riesgos de la violencia, respetando su decisión de aceptar o no la atención de salud.
- Brindarle la oportunidad de evaluar su situación de violencia, ordenar sus ideas y tomar decisiones.
- 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.

Es importante señalar que el personal de la salud durante la entrevista debe evitar dar falsas esperanzas, emitir juicios y asumir la responsabilidad del cambio de la situación de la usuaria.

6.2 Procedimiento 1: Detección del caso

Objetivo:

Valorar la situación de la mujer, el grado del daño producido y llegar a un diagnóstico.

6.2.1 Aspectos generales

- Lo primero a valorar es si la mujer presenta riesgo inminente de muerte producto de las lesiones, en cuyo caso el personal de la salud debe atender de inmediato la emergencia según las capacidades resolutorias del establecimiento. Debe evaluarse la referencia a otro establecimiento de salud de mayor categoría si se requiere por las condiciones de peligro de la afectada.

- La valoración clínica y psicosocial se llevará a cabo con su consentimiento; informándole sobre el procedimiento y finalidad de la intervención a realizar que son necesarias para la recuperación de su salud.
- Todas las intervenciones que se realicen a una mujer en situación de violencia de pareja o expareja, así como los resultados de la anamnesis y de la evaluación clínica realizadas deben quedar registradas en la historia clínica por ser un instrumento médico legal.
- En las lesiones físicas debe identificarse su localización, gravedad, estadío y todos aquellos datos encontrados. Asimismo, debe especificarse la actitud de la usuaria y su estado mental.

6.2.2 Examen físico

- Evaluación de la condición de salud física de la usuaria por la situación de violencia, se realiza de acuerdo a las normas, procedimientos, guías y protocolos establecidos para tal fin. En principio, esta evaluación debe ser hecha por los especialistas de Medicina Legal del Ministerio Público. En su defecto, ante la imposibilidad de ello, debe ser realizado por un profesional médico del establecimiento de salud público.
- En la evaluación se tendrá en cuenta, lo siguiente:
 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 y/o sustancias.
 5. Fracturas pasadas mal cicatrizadas y mal tratadas.
 6. Fractura actuales.
 7. Luxaciones.
 8. Equimosis.
 9. Dificultad para caminar o sentarse.
 10. Ausencia de cabello.
 11. Hemorragias.
 12. Embarazo prematuro.
 13. Aborto o amenaza de aborto.
 14. Sospecha de ITS/VIH/SIDA.
 15. Dolor e hinchazón o comezón en genitales.
 16. Desgarro perineal.
 17. Quemaduras con objetos calientes (cigarrillos, plancha, descargas eléctricas, entre otros).
 18. Otros.
- En la ficha de evaluación de violencia contra la mujer se deberá registrar la naturaleza de la lesión, antecedentes, cuando ocurrió, graficar la ubicación de las lesiones en el mapa corporal (Ver Anexo 3 de la presente Guía Técnica: Ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja). Asimismo, se debe registrar si existe coherencia entre la lesión y antecedentes señalados por la usuaria.

- Frente a supuestas pruebas físicas de hechos de violencia, se recomienda al personal de la salud:
 - Poner las pruebas en una bolsa y sellarla.
 - Rotular la bolsa con el nombre de la persona atendida, fecha y el nombre del personal de la salud que atendió y colocó los elementos en la bolsa.
 - Mantenerlos bajo llave en custodia por la autoridad competente del establecimiento de salud de la IPRESS, hasta su entrega al Fiscal.
- Todas estas acciones deben quedar debidamente registradas en la Historia Clínica de la usuaria afectada.

6.2.3 Evaluación del comportamiento

- Considera realizar la evaluación de la conducta, estado de la identidad y autoestima, miedo y retraimiento, así como la limitación en la capacidad para la toma de decisiones.
- Deberá ser realizado por un profesional especializado. En caso no hubiere en la institución podrá ser realizado por un profesional de la salud con competencias para ello.
- Aspectos a tomar en cuenta:
 1. Miedo en distintos grados y niveles hacia la pareja o expareja.
 2. Ansiedad, angustia, desesperación.
 3. Tristeza, llanto frecuente.
 4. Pérdida de interés en sus quehaceres.
 5. Sentimientos de desesperanza e impotencia.
 6. Irritabilidad.
 7. Pobre identidad y baja autoestima: sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa.
 8. Desconfianza, suspicacia.
 9. Excesiva quietud o intranquilidad, falta de actividad exploratoria o conducta motora lenta.
 10. Problemas del apetito: disminuido, aumentado, otros.
 11. Problemas del sueño: disminuido, aumentado, pesadillas, terrores nocturnos.
 12. Gestos o intentos suicidas: pasados, actuales.
 13. Uso o abuso de drogas.
 14. Juego patológico.
 15. Deseo de abandonar o alejamiento del hogar.
 16. Confusión.
 17. Cambios en la conducta laboral: bajo rendimiento, ausentismo.
 18. Otros.

6.2.4 Características del maltrato

- El profesional de la salud que evalúa a la mujer en situación de violencia preguntará sobre las características del maltrato: 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.

- Cuando se trate de casos de violencia sexual que incluya penetración, con autorización y previo consentimiento informado de la mujer atendida, se solicitará o se realizará prueba de embarazo, prueba de ITS y VIH/SIDA y todas aquellas que se requieran para el diagnóstico adecuado.
- La valoración del riesgo para la vida y la integridad física debe realizarse siempre; aun cuando la usuaria no aparente estar en peligro (Anexo 4: Ficha de valoración de riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja, aprobada con Decreto Supremo N°009-2016-MIMP). Se debe evaluar:
 - La información de la historia clínica y de los exámenes clínicos.
 - La historia de violencia de la mujer: años que lleva sufriendo maltrato y la progresión del mismo.
 - Tipo y grado de violencia: violencia física, sexual, psicológica.
 - El grado de aislamiento social y de autonomía de la mujer. En particular el apoyo familiar y social con los que puede contar; sus recursos económicos y si dispone de ayuda profesional.
 - La valoración del riesgo de maltrato en los hijos sobre todo, si los niños y las niñas están presentes cuando se producen escenas violentas o han resultado heridos alguna vez tanto por golpes intencionados como accidentalmente.
 - Si la pareja o expareja amenaza con hacer daño a los/las hijos/as.
- Es importante 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.
- En caso de que se sospeche que la usuaria presente depresión, ansiedad o una adicción, utilizar la ficha de tamizaje AUDIT (Anexo 5), el SRQ (Anexo 6) y el ASISST (Anexo 7) consideradas en la presente Guía Técnica. De resultar positivo, remitirse a las guías de práctica clínica para el manejo pertinente. Para ello, el personal de la salud deberá ser capacitado por profesionales especializados.
- La evaluación nos va definir el nivel de riesgo en que se encuentra la mujer, que podría ser leve, moderado o severo.

6.2.5 Conclusión Diagnóstica

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 establecido en la CIE 10.

SÍNDROMES DE MALTRATO

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

Después de la exposición a un suceso traumático como es el caso de un acto de violencia, muchas personas desarrollan problemas de salud mental: Ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT)⁵.

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.

6.3 Procedimiento 3: Tratamiento y recuperación

Objetivo:

Recuperar la salud mental de la mujer en situación de violencia y los integrantes de su grupo familiar.

6.3.1 Consideraciones generales

- Las mujeres tienen derecho a ser atendidas de manera inmediata y recibir los certificados que permitan la constatación de los hechos de violencia, sin perjuicio de los informes complementarios que sean necesarios.

⁵ OPS, 2013. Prevención de la violencia: la evidencia, El Paso, TX (Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: la evidencia). p.121

- Las mujeres en situación de violencia recibirán atención especializada en los establecimientos de salud de las IPRESS de acuerdo al grado de severidad del riesgo encontrado.

6.3.2 Mujeres en situación de violencia con riesgo leve

6.3.2.1 En caso de no aceptar ayuda

- Será atendida por el profesional psicólogo o personal de la salud capacitado de los establecimientos de salud de las IPRESS del Primer Nivel de Atención, quien brindará información detallada sobre protección sectorial o intersectorial, así como la posibilidad de tratamiento para la usuaria e hijos menores, si los hubiera.
- Se le ofrecerá asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres. De no existir estos, el personal de la salud promoverá su creación.
- Se le dará cita de seguimiento, manteniendo contacto con el establecimiento de salud de la IPRESS.
- Proponerle visitas en su domicilio o en otros espacios de la comunidad, acordados previamente.

6.3.2.2 En caso de aceptar ayuda

- Será atendida por el profesional psicólogo o personal de la salud capacitado de los establecimientos de salud de las IPRESS del Primer Nivel de Atención, quien brindará consejería a la usuaria, considerando los 5 pasos siguientes:
 - a. 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.
 - b. Segundo Paso:** Identificar las necesidades y determinar con claridad el motivo de consulta o ayuda, conjuntamente con la usuaria.

Este es un momento decisivo para la consejería. El profesional de la salud deberá facilitar 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 comunicación activa, la capacidad de escucha, la facilidad de poder comunicarse libremente (en su propio idioma).
 - c. Tercer Paso:** Analizar la situación y ver de manera conjunta 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.

Se le informará sobre instituciones que le puedan brindar asistencia legal y de protección social, dándole la información precisa necesaria y el apoyo emocional requerido para que tome la decisión de hacerlo.
 - d. Cuarto Paso:** Verificar la comprensión de la usuaria.

Asegurarse que a la usuaria no le quede dudas o preguntas. Se le debe garantizar que podrá contar con el apoyo del servicio de salud en el momento que lo requiera.

e. Quinto Paso: Mantener la relación para el seguimiento.

Reforzar el vínculo; hacer una nueva cita o derivarla al servicio que solicite. Visita con consentimiento.

6.3.3 Mujeres en situación de violencia con riesgo moderado

6.3.3.1 En caso de no aceptar ayuda

- Se informará de manera inmediata al equipo interdisciplinario especializado de salud del establecimiento de salud de las IPRESS (Centro de Salud Mental Comunitario – CSMC u hospital, sino lo hubiere), para que establezcan un seguimiento urgente de la situación; vigilando y sin perjudicar la seguridad de la víctima y de los menores, si los hubiera.
- Se le ofrecerá asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres. De no existir estos, el personal de la salud promoverá su creación.
- Se le realizará una entrevista motivacional con la finalidad de que acepte el tratamiento.
- Se le dará cita de seguimiento; manteniendo contacto con el establecimiento de salud de la IPRESS.
- Proponerle visitas en su domicilio o en otros espacios de la comunidad, acordados previamente.

6.3.3.2 En caso de aceptar ayuda

- Será atendida por el equipo especializado de salud mental en el CSMC u hospital si no hubiere.
- El equipo especializado de salud del CSMC procederá a realizar la intervención interdisciplinaria, desarrollando un plan de tratamiento personalizado. En este plan, también se debe incluir las acciones a realizar con la Red de Servicios de Protección y otros recursos comunitarios (Centro Emergencia Mujer, hogares temporales, redes de apoyo familiar).

6.3.4 Mujeres en situación de violencia con riesgo grave o severo

6.3.4.1 En caso de no aceptar ayuda

- El equipo interdisciplinario especializado de salud mental de los establecimientos de salud de las IPRESS (CSMC u hospital, si no hubiere); informará a la Fiscalía de Familia o Mixta, o a la Policía Nacional del Perú, adjuntando las evidencias, si las hubiera.
- Ofrecerá asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres.
- Realizará una entrevista motivacional con la finalidad de que la usuaria acepte el tratamiento.
- Dará cita de seguimiento; manteniendo contacto con el establecimiento de salud de las IPRESS.
- En caso de situación de crisis, proponerle visitas en su domicilio o en otros espacios de la comunidad, acordados previamente.

- Realizará coordinaciones con la Red de Servicios de Protección y otros recursos comunitarios (Centro Emergencia Mujer, DEMUNAS, hogares temporales, redes de apoyo familiar), para su intervención inmediata.

6.3.4.2 En caso de aceptar ayuda

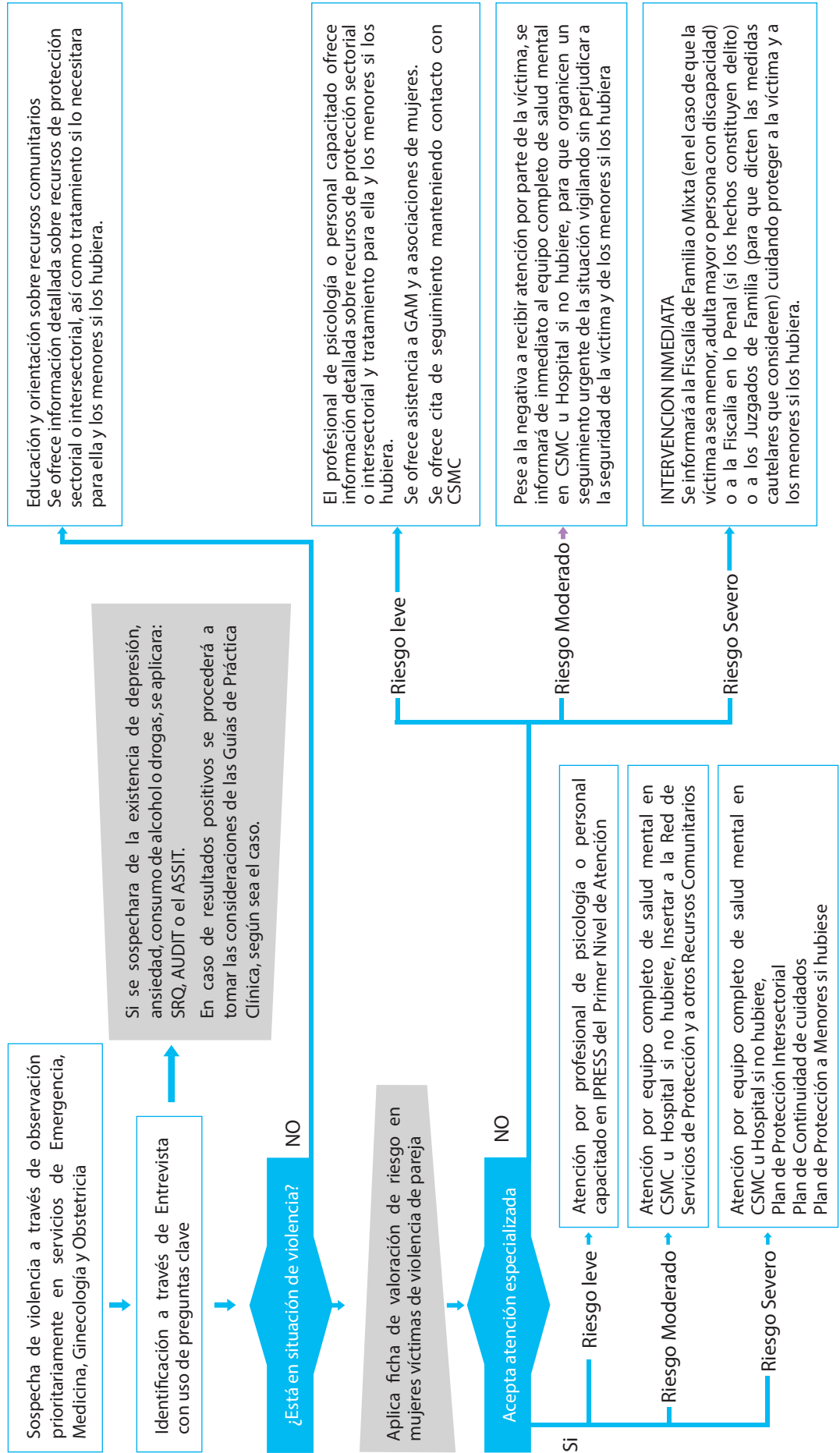
- La mujer en situación de violencia, será atendida por el equipo especializado de salud mental del establecimiento de salud de las IPRESS (CSMC u hospital, si no hubiere), quienes brindarán atención.
- El equipo especializado de salud del CSMC procederá a realizar la intervención interdisciplinaria, desarrollando un Plan de tratamiento y continuidad de cuidados personalizados.
- En este plan, se debe incluir las acciones relacionadas al servicio de protección e intervención a menores si hubiese; un plan de continuidad de cuidados, si así lo amerita y un plan de intervención para agresores.
- Este plan debe coordinarse estrechamente con la Red de Servicios de Protección y otros recursos comunitarios (Centro Emergencia Mujer, DEMUNAS, hogares temporales, redes de apoyo familiar).

VII. ANEXOS

- Anexo 1. Flujo de Atención de Mujeres en Situación de Violencia en las IPRESS
- Anexo 2. Preguntas para la detección de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja.
- Anexo 3. Ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja.
- Anexo 4. Ficha de "Valoración de riesgo" en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Anexo 5. Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test).
- Anexo 6. SRQ (Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos).
- Anexo 7. ASSIST.

ANEXOS

ANEXO 1 Flujo de atención de mujeres en situación de violencia en las IPRESS



ANEXO 2

PREGUNTAS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

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 debe realizarse, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de la usuaria; así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime conveniente, de acuerdo a la dinámica de la entrevista.

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 con 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?
- **Para preguntar directamente a las usuarias sobre un posible maltrato (el profesional de la salud debe realizar estas preguntas a continuación de las preguntas anteriores).**
9. ¿Con qué frecuencia su pareja o expareja le dice cosas que a usted la hacen sentir mal?
 10. ¿Alguna vez su pareja o expareja le ha amenazado o insultado?
 11. ¿Tiene miedo a su pareja o expareja?
 12. ¿Alguna vez ha recibido golpes, empujones, bofetadas o cualquier otra agresión?
 13. Su pareja o expareja, ¿la obliga a mantener relaciones sexuales contra su voluntad?
 14. ¿Ha realizado alguna denuncia contra su pareja o expareja por algún tipo de maltrato o violencia?
 15. Alguna vez, ¿Ha pensado en abandonar a su pareja o expareja por su mala forma de tratarla?

ANEXO 3

FICHA DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA

Fecha : Nombre del Evaluador:

Establecimiento:

A) IDENTIFICACION DE LA USUARIA

1. Nombre 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) IDENTIFICACION DE PERSONAS RESPONSABLES

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

1. Nombre y Apellidos:

2. Edad:

3. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna

4. Ocupación: Estudiante Obrera Empleado Otro

5. Vive con él o la paciente: Sí No

6. Teléfono:

C) ESTADO DE SALUD FÍSICA

C.1. ASPECTO GENERAL:

1. Talla: 2. Peso:

3. Higiene: Bueno Regular Malo

4. Aliño personal: Bueno Regular Malo

5. Aparente estado de salud: Bueno Regular Malo

6. Características particulares

.....

.....

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 cabello o calvas
- 11. Desnutrición
- 12. Falta de vacunas
- 13. Hemorragias
- 14. Embarazo prematuro
- 15. Aborto o amenaza de... ..
- 16. Sospecha de ETS
- 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 paciente o familia

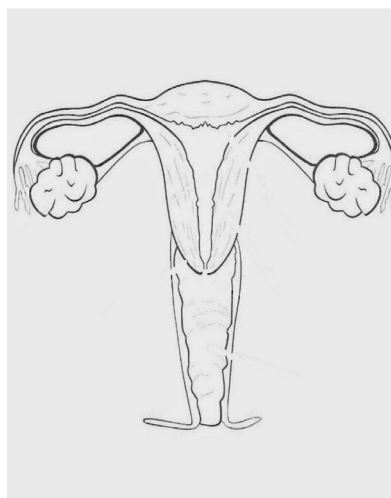
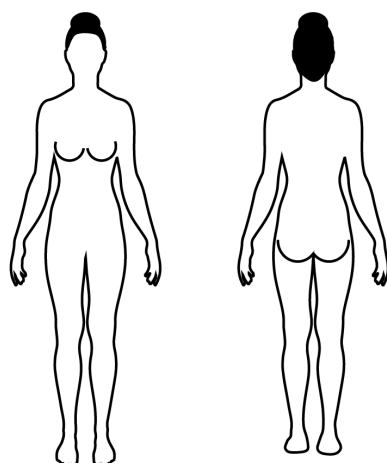
.....

.....

.....

.....

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 del apetito: disminuido, aumentado, otros
- 13. Problemas del sueño: disminuido, aumentado, pesadillas, terrores nocturnos, otros
- 14. Problemas con 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 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 SITUACION 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 o mental Otro

E.6 FRECUENCIA:

- Diario Semanal C / 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 Si No

Conoce sus derechos Si 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 CIE10

a) b)

G) DISPOSICIÓN

G.1 DERIVACIÓN 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"/> Programas alimentarios |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Otros programas de salud mental | |

G.2 TIPO DE TRATAMIENTO:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Intervención en crisis | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Grupo de ayuda mutua | <input type="checkbox"/> Otro tratamiento de grupo | |
| <input type="checkbox"/> Psicoeducación al o la paciente y su familia | <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria | |

G.3 DERIVACIÓN RED MULTISECTORIAL:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PNP | <input type="checkbox"/> Defensorías | <input type="checkbox"/> Asesoría legal |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía de la Familia | <input type="checkbox"/> ONG | |

Cita:

Firma del profesional responsable

ANEXO 4

FICHA “VALORACIÓN DE RIESGO” EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

APELLIDOS Y NOMBRES DE EL/LA OPERADOR/A: _____ FECHA: _____
 INSTITUCIÓN (COMISARIA, MINISTERIO PÚBLICO, PODER JUDICIAL): _____
 DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____ EDAD DE LA VÍCTIMA: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA OTROS Número: _____ N° DE HIJOS/AS MENORES DE EDAD: _____
 OCUPACIÓN: _____ LENGUA MATERNA: CASTELLANO QUECHUA AYMARA
 LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SI NO OTROS (INGLES, ETC) ESPECIFIQUE: _____
 TIPO: FÍSICA VISUAL AUDITIVA PSICOSOCIAL LENGUA DE SEÑAS (LEY 29535): SI NO
 INTELLECTUAL SORDO/A-CIEGO/A MUDO/A IDENTIDAD ÉTNICA, ESPECIFIQUE: _____

INSTRUCCIONES: La presente ficha es para ser aplicada a mujeres y adolescentes mujeres mayores de 14 años que son víctimas de violencia por su pareja o ex pareja, con el objetivo de valorar el riesgo, prevenir el Femicidio y adoptar las medidas de protección correspondientes (Art. 28 de la Ley 30364). La ficha contempla datos sobre los hechos de violencia. Para su llenada, él/ella operador/a marcará cada ítem según el relato de la víctima, al final sumará todos los puntajes y de acuerdo al intervalo donde se ubica, pondrá la valoración respectiva.

I. ANTECEDENTES – VIOLENCIA PSICOLOGICA, FISICA Y SEXUAL					PUNTAJE
1. ¿Ha interpuesto denuncia por anteriores hechos de violencia?	SI 2	NO 0			
2. ¿Con que frecuencia su pareja o expareja le agredió física o psicológicamente, en el último año?	NO 0	A veces 1	Mensual 2	Diario / semanal 3	
3. En el último año, ¿las agresiones se han incrementado?	SI 2	NO 0			
4. ¿Qué tipo de lesiones le causaron las agresiones físicas recibidas en este último año?	NO 0	Lesiones como moretones, rasguños 1	Lesiones como fracturas, golpes sin compromisos de zonas vitales 2	Con riesgo de muerte/ requirió hospitalización: estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales. 3	
5. ¿Usted conoce si su pareja o expareja tiene antecedentes de haber agredido físicamente a sus exparejas?	SI 2	NO 0	DESCONOCE 0		
6. ¿Su pareja o expareja ejerce violencia contra sus hijos/as, familiares u otras personas?	SI 2	NO 0	DESCONOCE 0		
7. ¿Su pareja o ex pareja le ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?	SI 3	NO 0			

II. AMENAZAS					PUNTAJE
8. ¿Su pareja o expareja le ha amenazado de muerte? ¿De qué manera le ha amenazado?	NO 0	Amenaza enviando mensajes por diversos medios (teléfono, email, notas) 1	Amenaza verbal con o sin testigos (hogar o espacios públicos) 2	Amenaza usando objetos o armas de cualquier tipo 3	
9. ¿Usted cree que su pareja o expareja la pueda matar?	SI 3	NO 0			

III. CONTROL EXTREMO HACIA LA PAREJA O EX PAREJA					PUNTAJE
10. ¿Su pareja o expareja desconfía de Ud. o la acosa? ¿Cómo le muestra su desconfianza o acoso?	NO 0	Llamadas insistentes y/o mensajes por diversos medios 1	Invade su privacidad (revisa llamadas y mensajes telefónicos, correo electrónico, etc.) 2	Le sigue o espía por lugares donde frecuenta (centro laboral, estudios, etc.) 3	
11. ¿Su pareja o expareja la controla? ¿De qué forma lo hace?	NO 0	Controla su forma de vestir y salidas del hogar 1	La aísla de amistades y familiares 2	Restringe acceso a servicios de salud, trabajo o estudios 3	
12. ¿Su pareja o expareja utiliza a sus hijos/as para mantenerla a Ud. bajo control?	SI 2	NO 0			
13. ¿Su pareja o expareja le ha dicho o cree que usted le engaña?	NO le ha dicho nada 0	NO le ha dicho, pero cree 1	Si le ha dicho que le engaña 2		
14. ¿Ud. Considera que su pareja o expareja es celoso?	SI 2	NO 0			

FACTORES DE VULNERABILIDAD

(Anexo complementario a la ficha de valoración de riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja)

INSTRUCCIONES: Mediante este anexo se recogen factores de vulnerabilidad que inciden en la continuidad de la violencia. Debe ser aplicada por el/la operador/a policial inmediatamente después de la FVR. En caso que la persona denunciante no presente la condición a la cual se refiere la pregunta de este anexo se marcará "no aplica". Cuando los factores de vulnerabilidad estén presentes en la víctima, deben ser tomados en cuenta para ampliar las medidas de protección y cautelares en la etapa de protección del proceso.

Violencia económica o patrimonial

1. ¿Depende económicamente de su pareja?
SI () NO () Compartimos gastos ()
2. ¿Su pareja o ex pareja cumple puntualmente con atender los gastos de alimentación suya y/o de sus hijos/as?
SI () NO ()
3. ¿Piensa o tuvo que interponerle una demanda de alimentos?
Sí piensa interponer demanda¹ () Sí interpuso demanda () NO ()
4. ¿Su pareja o expareja ha realizado o realiza acciones para apropiarse de sus bienes (casa, dinero, carro, animales, artefactos, sueldo, negocio u otros bienes)? ¿o le restringe o impide el uso de los mismos?
SI () NO () No aplica porque no tiene bienes propios ()

Orientación Sexual

5. ¿Su pareja o expareja la ha agredido, insultado y/o excluye (discriminado) por su orientación sexual?
(La víctima puede reservarse el derecho de contestar).
SI () NO () No aplica ()

Interculturalidad

6. ¿Su pareja o expareja le humilla o excluye (discrimina) por su cosmovisión (forma de interpretar el mundo), lengua (lenguas indígenas, acento y forma de hablar una lengua), fenotipo (rasgos físicos y/o color de piel), indumentaria (vestimenta, adornos y accesorios) e identidad étnica (pertenencia a un grupo étnico)?
SI () Especifique:
En el ámbito étnico² de su pareja () En el ámbito étnico de ella () En cualquier otro ámbito () NO ()

Discapacidad

- Si en la primera sección (datos generales de la víctima) identificó que la persona no presenta discapacidad, pase a la pregunta 8.
7. ¿Su pareja o ex pareja le humilla o excluye (discrimina) por estar en situación de discapacidad que le impide realizar con facilidad las actividades de la vida diaria?
SI () NO () No Aplica ()

Embarazo (en caso de responder afirmativamente la clasificación del riesgo sube un nivel)

8. ¿Está embarazada?
SI () NO () (si respondió "No", no realizar las siguientes preguntas)
9. ¿Su pareja le ha amenazado con abandonarle o su expareja le ha abandonado porque está embarazada?
SI () NO () No aplica porque no está embarazada ()
10. ¿Su pareja o ex pareja le golpea o le ha golpeado en el vientre?
SI³ () NO () No aplica porque no está embarazada ()

¹ Operador/a, que indentifique este factor de vulnerabilidad, debe orientar a la víctima sobre la posibilidad de interponer una demanda por alimentos.

² Espacio geográfico que ancestralmente ocupan y los nuevos espacios que estén ocupando.

³ Operador/a, que indentifique este factor de vulnerabilidad, debe conducir a la víctima a una institución de salud.

ANEXO 5

Prueba de Identificación de los trastornos por uso de alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test)

Las siguientes preguntas se refieren a SU consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN				
	0	1	2	3	4
1. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. En lo últimos doce meses, ¿cuántas copas tomó en un día típico de los que bebe?	Nunca	1 o 2	3 o 4	5 a 9	10 o más
3. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Menos de una vez al mes	Semanalmente	Diario o casi a diario
4. En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
5. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
6. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
7. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
8. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente olvido algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
9. En los últimos doce meses, ¿se lastimo o alguien resultó lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el último año		
10. En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el último año		

Calificación Total:

- 0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo
- 8 a 15 Consumo de alto riesgo
- 16 a 19 Consumo perjudicial
- 20 a 40 Probable dependencia

Versión español: De la Fuente J.R. Kershenovich D., 1992, *El alcoholismo como problema médico*, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47, 51. Versión inglés: Babort T., De la Fuente J.R., 1989, *The alcohol use disorder and identification Test WHO*, Ginebra p.p. 1-24.

ANEXO 6 SRQ

(Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos)

N° HC.:

Fecha :

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q.

Nombre y apellidos: Edad:

Sexo (M) (F) Grado de Instrucción.:

Dirección: Distrito:

Motivo de consulta:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿TIENE DOLORES FRECUENTES DE CABEZA? | SI | NO |
| 2. ¿TIENE MAL APETITO? | SI | NO |
| 3. ¿DUERME MAL? | SI | NO |
| 4. ¿SE ASUSTA CON FACILIDAD? | SI | NO |
| 5. ¿SUFRE TEMBLOR EN LAS MANOS? | SI | NO |
| 6. ¿SE SIENTE NERVIOSO O TENSO? | SI | NO |
| 7. ¿SUFRE DE MALA DIGESTIÓN? | SI | NO |
| 8. ¿ES INCAPAZ DE PENSAR CON CLARIDAD? | SI | NO |
| 9. ¿SE SIENTE TRISTE? | SI | NO |
| 10. ¿LLORA UD. CON MUCHA FRECUENCIA? | SI | NO |
| 11. ¿TIENE DIFICULTAD EN DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS? | SI | NO |
| 12. ¿TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES? | SI | NO |
| 13. ¿TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO? ¿SU TRABAJO SE HA VISTO AFECTADO? | SI | NO |
| 14. ¿ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN SU VIDA? | SI | NO |
| 15. ¿HA PERDIDO INTERÉS EN LAS COSAS? | SI | NO |
| 16. ¿SE SIENTE ABURRIDO? | SI | NO |
| 17. ¿HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA? | SI | NO |
| 18. ¿SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO? | SI | NO |

TOTAL:

Las 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustias o ansiosos y otros. Nueve (9) o más respuestas positivas determinan que la persona tiene una alta probabilidad de sufrir trastorno mental, y por lo tanto se le considera un "caso" para ser atendido.

ANEXO 7 ASSIST

INTRODUCCIÓN:

Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia con bebidas alcohólicas, tabaco/cigarillo y otras sustancias a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras. **(Muestre la Tarjeta de Respuestas).**

Algunas de las sustancias incluidas pueden ser recetadas por un médico (ej. tranquilizantes, analgésicos, pastillas adelgazantes, etc.). Para esta entrevista, *no* vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal *como han sido prescritas* por su médico. Sin embargo, si ha tomado algún medicamento por motivos *distintos* o los toma *más frecuentemente* o en *dosis más altas* a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien me interesa conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta *confidencialidad*.

A lo largo de su vida ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo para usos no medicos)	2	
	No	Si
a. Tabaco / cigarillo	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Heroína, morfina	0	3
j. Otras - especifique	0	3

Si todas las respuestas son negativas, compruebe:

“Tampoco en fiestas o cuando iba al colegio? Si contestó “No” a todos los items, termine la entrevista. Si contestó “Si a algun item, siga la pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido.

En los ultimos tres meses, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que menciono (primera droga, segunda droga, etc.)?	2				
	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarillo	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas o éxtasis	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Heroína, morfina	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique	0	2	3	4	6

Si respondió “Nunca” a todos los items, salte a la Pregunta 6.

Si consumo alguna sustancia en los ultimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia que haya consumido.

En los ultimos tres meses, ¿con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	3				
	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarillo	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas o éxtasis	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Heroína, morfina	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique	0	3	4	5	6

En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia el consumo le ha causado problemas de salud, sociales, legales, económicos?	4				
	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarillo	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas o éxtasis	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Heroína, morfina	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique	0	4	5	6	7

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

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, mencionadas en la P 1).

5

En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha dejado de hacer lo que se esperaba de usted por consumir (primera droga, segunda, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarillo	0	4	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas o éxtasis	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Heroína, morfina	0	5	6	7	7
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
a. Tabaco / cigarillo	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	6	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Heroína, morfina	0	6	3
j. Otras - especifique	0	6	3

7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
a. Tabaco / cigarillo	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	6	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Heroína, morfina	0	6	3
j. Otras - especifique	0	6	3

8

¿Ha consumido alguna vez una droga por vía inyectada? (únicamente para usos no médicos)	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
	0	2	1

ASSIST Tarjeta de Respuestas

a.	Tabaco / cigarrillo, pipa, tabaco de mascar, etc.
b.	Bebidas alcohólicas, tales como cerveza, vino, licores destilados, etc.
c.	Marihuana, cannabis, hierba, hashish, etc.
d.	Cocaína, basuco, crack, base, paco, etc.
e.	Anfetaminas, éxtasis, píldoras para adelgazar, metanfetamina, speed, ice, Ritalina, Dexedrina, etc.
f.	Inhalantes, pegantes, gasolina, solventes, etc.
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir, Diazepam/Valium, Librium, Ativan, Xanax, Rohipnol, GHB, Nembutal, Seconal, Lorazepam, Fenobarbital, etc.
h.	Alucinógenos, LSD, hongos, PCP, polvo de ángel, ketamina, mezcalina, etc.
i.	Heroína, morfina, otros opiáceos (codeína, metadona, OxyContin, Darvon, Vicodin, Dilaudid, Demerol, Lomotil, Percodan, etc.)
j.	Otras sustancias -especifique

Respuestas para las preguntas 2 - 5

Nunca	: no he consumido en los últimos tres meses
Una o dos veces	: 1-2 veces en los últimos tres meses
Mensualmente	: 1 a 3 veces en el último mes
Semanalmente	: 1 a 4 veces por semana
A diario o casi a diario	: 5 a 7 días por semana

Respuestas para las preguntas 6 - 8

No, nunca
Sí, pero no en los últimos tres meses
Si, en los últimos tres meses

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. (2011) What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*. 11: 109.
2. Bertolote J.M. Prevención y control de la conducta suicida. En: Rodríguez J., Malvarez S., González R., Levav. (eds.) Salud mental en la comunidad. OPS, 2009. Serie PALTEX N°49.
3. Black, MC Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. En: WHO, 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneve.
4. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012) Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC. Pan American Health Organization. Available at: paho.org/violence.
5. Campbell JC et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(7):1089–97.
6. Campbell J et al. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2007, 8(3):246–69. *Strengthening understanding of femicide*. Seattle, Program for Appropriate Technology in Health, 2008.
7. De la Fuente, Ramón y Francisco J. Álvarez Leefmans, Biología de la mente. Fondo de Cultura Económica, 1999, México.
8. Del Prado Ordóñez Fernández, María. Psicoterapia de Apoyo en atención primaria. En: Revista Clínica de Medicina de Familia, V.2, N°5, Albacete, oct.2008.
9. Gomez AM, Speizer IS (2009) Intersections between childhood abuse and adult intimate partner violence among Ecuadorian women. *Maternal and Child Health Journal*. 13(4): 559-66.
10. Artículo 1° de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como Convención de Belém do Pará.
11. (DEMUS estudio para la defensa de los derechos de la mujer 2010 "Feminicidio separata N° 02 lima Perú DEMUS").
12. Ley N°30364, Artículos 5°, 6° y 8°.
13. INEI, 2012. ENDES continua, Lima.
14. INEI, 2013. ENDES continua, Lima.
15. Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi. Perales Cabrera, Alberto. Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. Lima.
16. D.L. N° 1158, publicado en el diario El Peruano, 06 de diciembre de 2013.
17. Jadrecic E., Araya R., Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J. Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16 (4): 187-191.
18. Kendrick T., Tylee A. Depression. In: Gask L., Lester H., Kendrick T., Peveler R. Primary Care Mental Health. London: The Royal College of Psychiatrists, 2009.
19. MIMP, 2009. Guía de Atención Integral de los Centros "Emergencia Mujer", Lima.
20. MIMP, 2015. Estadísticas de los CEM en 2015, Lima.
21. MIMP, 2015. Estadísticas de feminicidio en 2015, Lima.
22. MIMP. Informe BEIJING Perú 2014 (Consultora: Baca, María Edith), Lima.
23. MIMP, 2012. Informe de la LIO, Lima.
24. MIMP, 2014. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Resumen Estadístico de enero a diciembre de 2014, Lima.
25. MINSA. R.M. N° 141-2007/MINSA. Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, 2007, Lima.
26. MINSA, 2001. Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, Lima.

27. MINSA. R.M. N° 486-2014/MINSA. Aprobación de la 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. Lima.
28. MSP Ecuador, 2012. Guía de Atención Integral para la Violencia de Género, Quito.
29. Mujica Jaris, 2009. Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la situación, Lima.
30. OMS. Hoja informativa "Intimate partner violence during pregnancy".
31. Organización Mundial de la Salud, 2011. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Geneva.
32. OMS-OPS, 2013. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington.
33. OMS-OPS, 2013. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio. Washington.
34. OMS-OPS, 2014. Resumen. Respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, Washington.
35. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10.
36. OMS/WarTrauma, World Vision, 2012. Primera ayuda psicológica. Guía para trabajadores de campo, Ginebra.
37. OMS-OPS, 2013. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. La violencia infligida por la pareja. Washington.
38. OPS-OMS, 2003. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. WDC. Cap.4. Violencia en la pareja.
39. OPS, 2013. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington.
40. OPS, 2013. Prevención de la violencia: la evidencia. El Paso, TX (Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: la evidencia).
41. OPS, 2009. Salud mental en comunidad, Washington. Violencia y salud mental. p.262.
42. OPS, 2003. (d.Velzeboer, Marijke) La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud, Washington.
43. OPS-OMS, 2007. La renovación de la Atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición. Washington. D.C.
44. Rodríguez, Jorge y Hernández A. Psicoterapia, una relación de ayuda. Empretec, 1999, Guatemala.
45. Speizer IS, Goodwin MM, Samandari G, Kim SY, Clyde M (2008) Dimensions of child punishment in two Central American countries: Guatemala and El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 23(4): 247-56.
46. WHO, 1993. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. WHO/MNH/MND/93.24. Geneva.
47. WHO, 2011. Psychological first aid. Geneva. Dirigido a individuos en situaciones de crisis en comunidad. [Whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)
48. WHO. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva. [Whqlibdoc. WHO. int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf)
49. WHO, 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
50. WHO, 2003. Guidelines for medic.legal care of sexual violence survivors. Geneva. http://www.who.int/gender/documents/women_and_girls/924154628x/en/
51. WHO-UNHCR, 2004. Clinical management of rape survivors. Geneva.
52. WHO, 2009. E-learning programme on clinical management of rape survivors. Geneva.
53. World Health Organization, 2008. *Joint ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection*. Geneva.
54. World Health Organization, 2010. WHO medical eligibility criteria. Geneva.

**GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD
MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA
OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA**

Se terminó de imprimir en febrero de 2017
en los talleres gráficos de SINCO diseño EIRL
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 998 037 046
sinco.design@yahoo.es



Av. Salaverry 801 - Lima 11
INFOSALUD 0800 -10828
www.minsa.gob.pe