

Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares No. 25

Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria

Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares No. 25

Editores

Jorge Rodríguez

Alberto Minoletti



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, DC. 2013

From the library of
Alessandra G. Guadea

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Marina Piazza, Alessandra Guedes

El presente capítulo presenta herramientas para reconocer e intervenir en situaciones de violencia contra la mujer en los servicios de atención primaria. Si bien el capítulo se concentra en la violencia infligida por la pareja íntima, gran parte de los conceptos se pueden aplicar también para comprender e intervenir en la violencia sexual y en otros tipos de violencia contra la mujer.

Descripción general

Se entiende por violencia contra la mujer a “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (1).

Abarca, sin carácter limitativo, la “violencia física, sexual y psicológica que se produce en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer. Asimismo, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en las instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (1).

Importancia epidemiológica

Magnitud de la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe

Violencia física

La prevalencia de la violencia física contra la mujer en la Región es alta. Un análisis comparativo de 12 países observó que el nivel de violencia contra la mujer varía entre países y al interior de cada uno de ellos. Por ejemplo, datos preliminares documentan que entre 13% de las mujeres en Haití y 52% en Bolivia han sufrido violencia física por parte de una pareja íntima en algún momento de sus vidas (2).

Violencia sexual

El mismo estudio documenta que entre 10% y 27% de las mujeres han sufrido violencia sexual por parte de parejas o desconocidos. En algunas encuestas una gran proporción de las mujeres informa que su primera experiencia sexual fue “forzada” o se trató de una “violación”. En Haití, 21% de las mujeres entre las edades de 15-24 años con experiencia sexual manifiestan que su primera relación fue forzada (2). Una proporción mucho mayor dice que su primera experiencia sexual no fue deseada, aun cuando se niegan a caracterizar la relación como ‘forzada’.

Violencia psicológica

Una forma de violencia emocional y psicológica son aquellos actos por parte de la pareja que buscan aislar a la mujer y quebrar su autonomía y voluntad. Por ejemplo: la utilización del chantaje y las amenazas de retirarle la ayuda económica (de la cual dependen la mujer y los hijos) o de quitarle los hijos, con quienes mantiene un vínculo afectivo muy estrecho. Un tercio de mujeres colombianas sufren este tipo de violencia y un quinto de las mujeres peruanas (3). La violencia psicológica puede tener consecuencias en la salud mental de las víctimas tan devastadoras como la violencia física o sexual. También repercute en la salud física pues es frecuente que se la somatice a través de diversas enfermedades.

Femicidio

El femicidio también es una forma de violencia contra la mujer preocupante en la Región. A menudo está relacionado con la violencia infligida por la pareja como culminación de una relación abusiva. También, el femicidio está relacionado con el crimen organizado. Sin embargo, las cifras sobre el femicidio son más escasas y débiles porque en la mayoría de los países no está tipificado ni documentado como tal.

Factores de riesgo

El modelo más utilizado para entender la violencia es el “modelo ecológico” que la considera como el resultado de factores que operan en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social. Sin embargo, gran parte de la evidencia sobre las causas y los contextos en que se produce esta violencia proviene de países de ingresos altos, lo que resulta en un posible sesgo de la evidencia. Reconociendo las limitaciones de estos datos, se describen a continuación algunos de los principales factores de riesgo de violencia según el modelo ecológico.

Nivel individual

Incluye características tales como ser joven, tener bajo nivel de educación, hacer uso nocivo del alcohol, tener actitudes que acepten la violencia, estar embarazada o haber sufrido o presenciado actos de violencia en la niñez (4). Algunos estudios han demostrado que en un nivel educativo bajo (primaria o ninguno), el riesgo de que las mujeres sean víctimas de violencia en la pareja aumenta entre 2 y 5 veces. Entre varones, la poca educación aumenta entre 1,2 y 4,1 veces el riesgo de perpetrar violencia contra la pareja. Sin embargo, la relación entre el nivel de educación y violencia física y sexual es compleja, y por lo tanto, requiere de mayor investigación.

Nivel relacional

Tener múltiples parejas, insatisfacción marital, disparidad educativa y cantidad excesiva de niños son factores de riesgo de violencia a nivel relacional. Los hombres que tienen múltiples parejas están en mayor riesgo de perpetración de violencia de pareja. A su vez, las mujeres cuyas parejas tienen múltiples parejas tienen también mayor riesgo de sufrir este tipo de violencia (4).

Nivel comunitario

Incluye la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la “cultura de la violencia” como medio para resolver conflictos. La violencia contra las mujeres se produce en sociedades que mantienen un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres frente a las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización (el cual es diferente para mujeres y hombres) que la violencia es una forma de conseguir el control y dominar a la mujer.

Los factores de riesgo en el contexto comunitario asociados a la violencia contra la mujer incluyen también otros factores como las características del vecindario (por ejemplo: pobreza, desempleo, analfabetismo, etc.), la aceptación de la violencia, las creencias sobre el derecho sexual masculino y la debilidad de recursos legales para castigar la violencia (4).

Identificación de casos de violencia

A pesar de la magnitud de las consecuencias negativas de la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, el porcentaje de sobrevivientes de violencia de pareja que busca ayuda institucional es bajo. Las mujeres señalan que no buscan ayuda por no considerarlo necesario, por vergüenza, por miedo a las represalias, por no saber a dónde acudir y por falta de confianza en la confidencialidad y capacidad de los servicios (3). La mayor parte de ellas no logra acceder a ningún tipo de atención.

Muchas de las personas que consultan los servicios de salud con diferentes demandas pueden haber sufrido o estar sufriendo violencia. En general, esta información -relevante para un diagnóstico y atención adecuados- no es identificada. La identificación y atención oportuna y adecuada de los casos de violencia puede ayudar a elevar la calidad de vida de la población, a disminuir la discapacidad que ella causa y a mejorar el diagnóstico y pronóstico de enfermedades físicas y mentales concomitantes.

No existen “perfiles” que puedan predecir confiablemente quién es una víctima de maltrato. La mejor manera de identificar la posible existencia de violencia en el hogar es establecer una atmósfera de confianza y respeto con la persona que realiza la consulta, permitiendo que se sienta acogida, escuchada, comprendida y validada. Investigar sobre el maltrato sólo cuándo hay signos obvios de lesiones no es suficiente. El dejar de definir a la persona solo como víctima, significa reconocerla como persona en todas sus dimensiones y todas sus posibilidades, y como actora que participa en una relación de ayuda que se construye entre dos.

Aunque puede ser mejor preguntar en forma directa y no valorativa sobre la existencia de violencia, antes de promover una política de identificación de casos es importante tener en cuenta el nivel de formación de los/as profesionales, la capa-

cidad de los servicios de observar el principio de privacidad y confidencialidad de la información, así como la disponibilidad de servicios en el área, entre otros factores.

Los objetivos de la entrevista en APS en casos de sospecha de violencia son:

- Establecer un vínculo de ayuda.
- Evaluar las dimensiones del problema.
- Construir un plan entre la persona afectada y profesional, para promover la seguridad de la mujer y sus hijos, en caso de que los tenga.
- Propiciar los recursos y habilidades que fortalezcan a la persona afectada.
- Vincular a la mujer a los recursos de atención especializada, si fuera necesario.

Una herramienta para la identificación de casos de violencia

Existen varias herramientas para ayudar a los profesionales de la salud a discutir el tema de violencia con las mujeres. El siguiente cuestionario ha sido validado en cuatro países de la Región (5, 6).

Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, hemos comenzado a hacer estas preguntas a todas las mujeres que vienen a... (mencionar el nombre de la organización/clínica).

Violencia psicológica/emocional en la familia

1. ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted? (por ejemplo, insultos constantes, humillaciones en privado o en público, destrucción de objetos apreciados, ridiculización, rechazo, manipulación, amenazas, aislarla de amigos o miembros de la familia, etc.)*

Sí ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Violencia física

2. ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? (por ejemplo, golpes, pateaduras, quemaduras, etc.)*

Sí ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Violencia sexual

3. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

Sí, _____
¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Abuso sexual en la niñez

4. ¿Recuerda haber sido tocada de una manera inadecuada por alguien cuando usted era niña?

Sí, ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Seguridad

5. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?
6. ¿Siente miedo de que su pareja u otra persona le cause algún daño?

*Nota: Cada clínica puede establecer los ejemplos de violencia física y psicológica de acuerdo a lo que se consideren prácticas comunes en su ámbito.

Evaluación diagnóstica de la situación de violencia

Ante la presencia de un problema de violencia resulta de mucha ayuda para la persona sobreviviente percibir que se encuentra en un ambiente seguro, en un espacio que le ofrece apoyo, donde no se emiten juicios de valor. Ofrezca a la persona la oportunidad de hablar en privado y en un sitio en el cual no se pueda oír o ver desde afuera. Deje a la persona contar su historia. Mencione claramente que bajo ninguna circunstancia alguien merece ser golpeado ni violado.

- Ante un problema de violencia, se debe ayudar a la persona a definir si ella o sus hijos están expuestos a un peligro inmediato.
- Descarte si la persona presenta una depresión (ver sección en la página 43).
- Evalúe si la persona presenta riesgo de suicidio (ver sección en la página 62).
- Evalúe si la relación puede volverse más violenta. Después de algún tiempo, el abuso con palabras muchas veces se vuelve abuso físico. No todas las mujeres que sufren de otras formas de abuso también son golpeadas. Sin embargo, muchas mujeres que son golpeadas, por lo general, han sufrido de otras formas de abuso.
- En aquellos lugares donde exista una mayor frecuencia de violencia contra la mujer y se disponga de suficientes recursos humanos en APS, se puede utilizar el *Cuestionario de evaluación de peligro de Campbell (7)*. Este cuestionario puede contribuir a la prevención del feminicidio, pero los trabajadores de APS requieren una capacitación específica para aplicarlo adecuadamente.

Evaluación del peligro (Danger Assessment)*

Jacquelyn C. Campbell

Copyright 2004

Se ha asociado la presencia de varios factores de riesgo con un aumento en el riesgo de homicidio (o asesinato) de mujeres y hombres con relaciones violentas. No puede predecirse qué pasará en su caso, pero nos gustaría que se mantuviera atenta al riesgo de homicidio en situaciones de maltrato y que compruebe cuántos y cuáles son los factores de riesgo que se dan en su caso.

Usando un calendario, por favor señale las fechas aproximadas durante el último año en las que usted sufrió abusos/agresiones por su pareja o ex-pareja. Escriba en esa fecha cómo fue de grave el incidente, de acuerdo a la siguiente escala:

1. Bofetadas, empujones; sin lesiones ni dolor prolongado.
2. Puñetazos, patadas, arañazos/erosiones, cortes; con lesiones y/o dolor prolongado.
3. Palizas; contusiones severas, quemaduras, huesos rotos o fracturas.
4. Amenaza con usar un arma; lesiones en cabeza, lesiones internas o lesiones permanentes.
5. Uso de armas; heridas por arma.

(En caso de coincidir con más de una de las situaciones anteriores, escoja el número más alto).

Conteste SÍ o No a cada una de las siguientes preguntas. ("Él" se refiere a su marido, pareja, ex-marido, ex-pareja o quien actualmente esté agrediendo físicamente).

1. ¿Ha aumentado la violencia física en severidad o frecuencia, en el último año?
2. ¿Tiene él algún arma?
3. ¿Usted lo ha dejado, después de vivir juntos, en el último año?
- 3a. Si nunca ha vivido con él, señálelo aquí _____]
4. ¿Está él en paro (desempleado, sin trabajo) actualmente?
5. ¿Ha usado algún arma contra usted o la ha amenazado con algún arma?
- 5a. [En caso afirmativo, ¿fue con una pistola? _____]
6. ¿Ha amenazado con matarla?
7. ¿Ha evitado él ser arrestado por violencia doméstica?
8. ¿Tiene usted algún niño/hijo que no es de él?
9. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?
10. ¿Ha intentado alguna vez estrangularla?
11. ¿Toma él drogas? Por ejemplo, anfetaminas, cocaína, heroína, crack u otras drogas.
12. ¿Es alcohólico o tiene problemas con el alcohol?
13. ¿Controla él la mayoría de sus actividades diarias? Por ejemplo: ¿le dice: con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede usar/gastar, o cuándo puede usar el coche?
[Si lo intenta pero usted no lo deja, señálelo aquí _____]
14. ¿Es celoso con usted constante y violentamente? Por ejemplo: ¿le dice: "si no puedo tenerle, nadie podrá"?
15. ¿La ha golpeado alguna vez estando embarazada?
[Si no ha estado nunca embarazada de él, señálelo aquí _____]
16. ¿Alguna vez él la ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?
17. ¿La amenaza con hacerle daño a sus hijos?
18. ¿Cree usted que es capaz de matarla?
19. ¿La persigue o espía; le deja notas amenazantes o mensajes en el contestador; destruye sus cosas o propiedades; o la llama cuando usted no quiere?
20. ¿Alguna vez ha amenazado usted con suicidarse o lo ha intentado?

*Traducción al español: Marta Aguar Fernández, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Granada.
Disponible en: www.dangerassessment.com

Manejo terapéutico

Apoyo psicosocial

Una de las intervenciones más importantes que pueden realizar los trabajadores de APS con mujeres sobrevivientes de la violencia es el apoyo psicosocial. Con el fin de multiplicar el número de personas que realizan este tipo de apoyo se pueden capacitar profesionales de otros sectores y agentes de la comunidad.

El apoyo psicosocial en sobrevivientes de violencia, el cual también ha sido denominado “*primera ayuda psicológica*”, se centra en una respuesta humana de apoyo a una persona que está sufriendo y que tiene necesidades críticas. Esta intervención incluye los siguientes pilares (8-11):

- Escuchar a la mujer afectada, sin presionarla, para que hable.
- Evaluar sus necesidades y preocupaciones.
- Proporcionarle apoyo práctico, de acuerdo a las necesidades más apremiantes.
- Ayudarla con sus necesidades básicas (por ejemplo, la provisión de información o, en algunos contextos, alimentos y agua).
- Reconfortarla y ayudarla a que se sienta tranquila.
- Ayudarla a que se conecte con servicios y apoyos sociales.
- Reducir los riesgos de daños adicionales.

La propuesta de “*primera ayuda*” se centra en factores que han sido identificados de utilidad para la recuperación a largo plazo de las personas, incluyendo:

- Sentirse seguras y conectadas a los demás, con calma y esperanza;
- Tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y
- Que se sientan capaces de ayudarse a sí mismas, como personas individuales y como miembros de la comunidad (8).

Intervenciones psicosociales sugeridas para los trabajadores de APS

Clima de apoyo

- *Estimule las fortalezas y habilidades de la persona* y motívela a reanudar las actividades que desarrollaba con anterioridad, en la medida de lo posible. Pregúntele sobre las dificultades de la vida actual que más la afectan y

abórdelas junto con las capacidades para resolverlas, con la ayuda de servicios/recursos comunitarios (incluidos los grupos de ayuda mutua).

- *Identifique las actividades sociales previas* de la mujer que tengan el potencial de proveer apoyo directo o indirecto o de mejorar su estado de ánimo si se reiniciarán (por ejemplo: reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- *En caso de existir peligro inmediato para la mujer y/o sus hijos, ayúdela a considerar planes alternativos de acción.* ¿Tiene un amigo o pariente al que ella pueda llamar? Si existe un refugio de mujeres o un centro para crisis en la zona, ofrézcale llamarlos.
- *Busque el soporte de familiares y miembros de la comunidad:* en caso de que sea viable, identifique a los familiares de apoyo e involúcrelos lo más posible y de manera oportuna. Establezca y mantenga contacto con grupos de mujeres y otros organismos no gubernamentales y gubernamentales que ofrezcan apoyo a mujeres que experimentan violencia. Brinde información actualizada sobre sus servicios.
- *Grupos de apoyo:* en el caso de que no existan grupos de apoyo y autoayuda en su comunidad, considere la posibilidad de facilitar su creación.

La *intervención psicosocial grupal* puede ser adecuada para ser aplicada por los trabajadores de APS con mujeres en situaciones de violencia leve o moderada. Se busca que el grupo se constituya en la principal herramienta terapéutica para:

- Revisar los roles de género que validan la violencia.
- Resignificar la experiencia abusiva.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir el aislamiento emocional y social.
- Mejorar el reconocimiento y la expresión de emociones y sentimientos.
- Desarrollar la autonomía y la responsabilidad.

Derechos

- *Explique que la mujer tiene derechos médicos y legales.* Los códigos penales de la mayoría de los países penalizan la violación y la agresión física, aunque en algunos lugares no exista una ley específica contra la violencia en el hogar. Conozca y brinde información acerca de la protección legal existente para víctimas de violencia y de los sitios a donde pueden recurrir para recibir ayuda y reclamar por sus derechos.

Modelo para la organización de intervenciones

Para organizar distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la fase en la que se encuentra la víctima de violencia de pareja se puede aplicar el *Modelo de fases de cambio de Prochaska y DiClemente*.

Modelo de fases de cambio de Prochaska y DiClemente

Fase	Descripción	Respuesta del proveedor de salud
Precontemplación	La persona no percibe que tiene un problema o siente que ella misma tiene la culpa.	Sugerir la conexión entre los síntomas, el sentimiento de miedo y los problemas en casa. Use las mismas palabras con las que la persona se refiere a sus problemas.
Contemplación	La persona percibe el problema pero se mantiene ambivalente acerca de si quiere o es capaz de hacer algún cambio.	En caso de considerar el cambio, motive a la persona en esa dirección. Señale que usted está disponible para brindar apoyo a lo largo del proceso.
Preparación	Existe algún potencial para cambiar como preocupación por los hijos, o reconocimiento de que la pareja no va a cambiar, o conseguir un nuevo trabajo.	Explore recursos con la persona en su propia comunidad. Respete su decisión acerca de qué es lo que desea cambiar (por ejemplo: hablar con amigos o algún consejero, terminar la relación, recurrir a la policía, etc.)
Fase	Descripción	Respuesta del proveedor de salud
Acción o cambio	El plan de cambio empieza a funcionar.	Brinde apoyo para desarrollar un plan que ofrezca seguridad para la persona.
Mantenimiento	El compromiso de cambio es firme.	Refuerce aquello que la persona haya logrado hacer y apoye su decisión.
Recaída	La persona puede revertir los cambios. Las razones pueden ser tensiones por vivir sin la pareja, falta de acceso a sus hijos o a recursos.	Brindarle apoyo tanto si retorna o no su relación, recurre a algún servicio o reporta el abuso. Reafirme que su patrón de comportamiento es común a muchas personas.

Repercusiones de la violencia infligida por la pareja y contra la mujer

Efectos sobre la salud física

Las consecuencias de la violencia pueden ser inmediatas y agudas o de larga duración y crónicas. También pueden ser fatales. La evidencia científica confirma que cuanto más grave es el maltrato mayor será su impacto en la salud física y mental de la mujer y que las consecuencias negativas para la salud pueden persistir durante mucho tiempo después de que el abuso se ha detenido. Las consecuencias de la violencia tienden a ser más graves cuando las mujeres sufren más de un tipo de violencia (por ejemplo, física y sexual) y/o múltiples incidentes a través del tiempo, lo cual puede crear un clima de constante stress y temor en la casa (12, 13).

Lesión física aguda o inmediata

Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a experimentar las formas más graves de violencia física infligida por su pareja y tienen muchas más posibilidades de sufrir lesiones como resultado (9). Por ejemplo, según un estudio de la OMS, entre 19% de las mujeres que habían sufrido violencia física por su pareja en Etiopía y 55% en Perú indicaban haber sufrido lesiones como consecuencia (14).

Problemas de salud crónicos

Diversos estudios han encontrado que las mujeres con antecedentes de abuso tienen más probabilidades que otras mujeres de padecer una serie de problemas crónicos de salud como dolores de cabeza, dolor de espalda, dolor abdominal, fibromialgia, síntomas del sistema nervioso central (por ejemplo: convulsiones) y condiciones gastrointestinales (15, 16).

Femicidio

Globalmente, las mujeres tienen más probabilidades de ser asesinadas por alguien cercano a ellas – las parejas hombres cometen entre 30% y 70% de los asesinatos de mujeres en entornos tan diversos como Israel, Sudáfrica y los Estados Unidos de América (13, 17, 18). Sin embargo, al igual que los hombres, las mujeres también son asesinadas por delincuentes en la comunidad. Las matanzas pueden ocurrir al azar, pero hay ejemplos inquietantes de asesinatos sistemáticos de mujeres, en particular en algunos países de las Américas (19, 20).

Efectos sobre la salud sexual y reproductiva

Trastornos y trauma ginecológicos

Las mujeres que sufren violencia sexual experimentan tasas más altas de problemas ginecológicos que otras mujeres (15), incluso sin abuso sexual. Sin embargo, las mujeres que sufren violencia de pareja parecen tener mayor riesgo de problemas ginecológicos, aunque las razones para ello no están bien documentadas (16).

La violencia sexual a veces produce trauma ginecológico, especialmente en casos de violación con objetos, mutilación/corte genital femenino, o cuando una niña se ve obligada a tener sexo y dar a luz antes de que su pelvis esté totalmente formada (21).

Embarazos no deseados y no planeados

En comparación con mujeres sin antecedentes de abuso, las mujeres que sufren violencia física infligida por la pareja o relaciones sexuales forzadas por cualquier perpetrador parecen estar en mayor riesgo de tener embarazos no deseados o no planeados, tanto en el corto plazo como en el transcurso de su vida (22). El riesgo de embarazo no deseado puede ocurrir a través de relaciones sexuales forzadas por parejas o no parejas (es decir, como resultado directo); como consecuencia de la dificultad para negociar el uso del condón o de anticonceptivos en una relación abusiva; o a través de conductas sexuales de alto riesgo vinculadas a una historia de abuso sexual en la niñez o la adolescencia.

El aborto inducido o inseguro

Con frecuencia, las niñas y las mujeres que quedan embarazadas como resultado de relaciones sexuales forzadas buscan interrumpir el embarazo, independientemente de si el aborto seguro está disponible. Tanto la violencia física y sexual, incluida la violencia física infligida por la pareja y la violación fuera de la pareja, están asociadas con mayores tasas de aborto inducido. Un estudio multipaís de la OMS (14) encontró que, en casi todos los entornos, las mujeres que habían sufrido violencia física o sexual por su pareja también reportaban tasas significativamente más altas de aborto inducido que otras mujeres.

Infecciones de transmisión sexual

Una serie de estudios realizados en distintos países (Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Estados Unidos de América) observaron que las mujeres VIH positivas tenían más probabilidades que otras mujeres de haber sufrido violencia física y

sexual (22, 23). La violencia física y sexual puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la infección con VIH a través de vías directas e indirectas.

La mortalidad materna y otras consecuencias relacionadas con el embarazo

Datos científicos demuestran que la violencia física y la violencia sexual durante el embarazo están asociadas con diversas complicaciones, incluyendo: bajo aumento de peso materno, anemia materna, bajo peso al nacer, aborto espontáneo y muerte fetal (21). Otra de las consecuencias comunes de la violencia contra la mujer, que a menudo es pasada por alto, es la muerte materna (24, 25).

Efectos sobre la salud mental y el comportamiento

Entre las mujeres, tanto la violencia física como la sexual están asociadas a un mayor riesgo de resultados adversos en lo relacionado a la salud mental (15). Entre las consecuencias más comunes se hallan: la depresión, la tendencia suicida asociada a la depresión, los intentos de suicidio, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos de ansiedad, los trastornos del sueño, los trastornos alimentarios y los trastornos psicósomáticos. El abuso físico y sexual también está asociado con una serie de comportamientos de riesgo en el futuro, incluyendo la iniciación sexual temprana; el abuso de alcohol, tabaco y drogas; las múltiples parejas sexuales; la elección de una pareja abusiva; y menores tasas de uso de anticonceptivos y preservativos (26, 27, 28, 29).

Efectos intergeneracionales

La violencia de pareja también tiene graves consecuencias intergeneracionales. La evidencia sugiere que las personas que fueron testigos de violencia en su hogar durante la niñez tienen un riesgo más elevado de sufrir violencia, en el caso de las mujeres, y de ser violento en la edad adulta, en el caso de los hombres (13).

Una revisión sistemática encontró datos consistentes de la existencia de un vínculo entre la exposición de niños a la violencia y la perpetración de violencia en el futuro (13). Estos hallazgos fueron respaldados recientemente por el estudio IMAGES que encuestó a más de once mil hombres y mujeres en Brasil, Chile, Croacia, India, México y Ruanda. Se observó que en todos los países encuestados el único factor de asociación con actos de violencia de pareja significativo desde el punto de vista estadístico era la exposición del hombre a la violencia de pareja durante su niñez (30).

Criterios de derivación al nivel especializado

Las remisiones deben realizarse, salvo contadas excepciones, cuando se trata de casos urgentes, graves o con complicaciones, los que deberán ser enviados directamente al nivel hospitalario, preferentemente a servicios psiquiátricos en hospitales generales. Es por ello importante desarrollar un trabajo en red entre los trabajadores de APS y los diferentes servicios de salud mental.

Los trabajadores de APS que trabajan frecuentemente con víctimas de violencia intrafamiliar y sexual se exponen al contacto con situaciones de dolor extremo que ponen en riesgo su propia salud mental. Por este motivo es importante contar con estrategias de autocuidado como, por ejemplo, recibir apoyo de especialistas del campo de la salud mental, con quienes se pueda analizar en reuniones de interconsulta las situaciones más complejas de mujeres víctimas de violencia o a quienes se pueda referir las mujeres con mayores riesgos de daño físico y/o mental (9).

Bibliografía recomendada como lectura complementaria

- Bott S, Guedes A, Claramunt M, Guezmes A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. IPPF/RH: New York; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Health_sector_response_Gender_Violence_sp.pdf
- Burns A, Ronnie R, Maxwell J, Shapiro K. Donde no hay doctor para mujeres. Un Manual para la salud de la mujer, 3^{ra} edición; 2006.
- Torró García-Morato C, Llamas Martín C. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía; 2008. Disponible en: https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestionabilidad/ProtocoloAndaluzActuSanitaria_VG.pdf
- Troncoso E, Billings D, Ortiz O, Suárez C. *¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*. Ipas, Chapel Hill, NC; 2006. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file545_2928.pdf
- Rodríguez J. Violencia y salud mental. En: Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. *Salud mental en la comunidad*, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX N°49. Washington, DC: OPS; 2009.
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf

Referencias

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104; 1993. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp).
2. Organización Panamericana de la Salud, CDC. Violence against women in Latin American and the Caribbean: A comparison and analysis of population-based data from 12 countries. (De próxima publicación).
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de género y salud de la Subregión Andina 2010. Panamá: OPS; 2011. Disponible en: <http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/08140.pdf> World Health
4. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf
5. Bott S, Guedes A, Guezmes A, Claramunt C. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region: New York; 2004. Disponible en: <http://www.ippfwhr.org/es/node/339>.
6. Majdalani M, Alemán M, Fayanas R, Guedes A, Mejía R. Validation of a short questionnaire to use in clinical consultations to detect gender violence. Pan American Journal of Public Health 2005;5:79-83.
7. Campbell J, Webster D, Glass N. The danger assessment: validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. J Interpers Violence 2009;24(653-674). Disponible en: http://www.dangerassessment.org/uploads/Danger%20Assessment%20in%20Spanish_7_08_11.pdf
8. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva; 2011.
9. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project; 2011. Disponible en: <http://www.sphereproject.org>.
10. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
11. Claramunt M. Ayudándonos para Ayudar a otros. Guía para el Autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia Intrafamiliar. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública. San José de Costa Rica; 1999. Disponible en: <http://aulaweb.uca.edu.ni/blogs/emartinez/files/2009/10/autocuidadosp1.pdf>
12. Johnson MP, Leone JM. The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. Journal of Family Issues 2005;26(3):322-49.

13. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
15. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002 Apr;359:1331-6.
16. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002 May 27;162(10): 1157-63.
17. Gilbert L. Urban violence and health-South Africa 1995. *Soc Sci Med* 1996 Sep;43(5):873-86.
18. Rennison CM. Intimate Partner Violence 1993-2001. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2003.
19. Amnesty-International. Violence against Women in Ciudad Juárez, Mexico; 2011. Disponible en: <http://www.amnesty.org.uk/content.asp?CategoryID=11936&ArticleID=3763>.
20. Watch HR. World Report 2010 - Guatemala: Human Rights Watch 2010. Guatemala; 2010.
21. United Nations General Assembly. In-depth study on all forms of violence against women. New York: United Nations; 2006.
22. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999. Report No.: 11.
23. World Health Organization. Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda. Geneva: World Health Organization; 2000.
24. Fauveau V, Koenig MA, Chakraborty J, Chowdhury AI. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh 1976-85. *Bull World Health Organ* 1988;66(5):643-51.
25. Horon IL, Cheng D. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality-Maryland, 1993-1998. *JAMA* [6333] 2001 Mar 21;285(11):1455-9.
26. United Nations General Assembly. In-depth study on all forms of violence against women. New York: United Nations; 2006.
27. Ellsberg M. Sexual violence against women and girls: recent findings from Latin America and the Caribbean. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books 2005; p. 49-58.
28. Jewkes R. Non-consensual sex among South African youth: prevalence of coerced sex and discourses of control and desire. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, editors. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books 2005; p. 86-95.

29. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998 May;14(4): 245-58.
30. Barker G, Contreras J, Heilman B, Singh A, Verma R, Nascimento M. *Evolving men: Initial results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, DC: International Center for Research on Women, and Rio de Janeiro: Instituto Promundo; 2011. Disponible en: <http://www.icrw.org/publications/evolving-men>.