



Manual de Formación **RESPONSE** para la Detección de la Violencia de Género en Servicios de Salud para la Mujer

Manual de Formación para Equipos de Atención Sanitaria

JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Proyecto RESPONSE, 2017

Cita sugerida: Medina Johnson, Diana Dulf, Alexandra Sidor. Manual de formación RESPONSE para la detección de la violencia de género en los servicios de salud para la mujer; Proyecto RESPONSE, 2017.

Los miembros del proyecto RESPONSE aceptan la solicitud de autorización para reproducir o traducir sus publicaciones, parcialmente o en su totalidad. Las solicitudes y consultas deberán dirigirse a la oficina de la institución principal del proyecto, la Babes-Bolyai University, que proporcionará la información más reciente en cuanto a los cambios realizados en el texto, el modelo de proyecto y traducciones ya disponibles, ya que el manual está disponible en inglés, francés, español, alemán y rumano.

Agradecimientos:

Esta publicación se ha realizado con el apoyo económico de los Derechos, Igualdad, y Civismo (REC) de la Unión Europea, con el número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746. Los contenidos de esta publicación son responsabilidad únicamente de los participantes en el proyecto RESPONSE y nunca se podrán utilizar para reflejar los puntos de vista de la Comisión Europea. Los autores quieren dar las gracias a todos los participantes del proyecto RESPONSE que han contribuido a este manual con comentarios y revisiones profesionales.

Adaptado para España por:

Milagro Rodríguez Marín. Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres
Marta Espeso Forcén. Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres

CONTENIDOS

PROYECTO RESPONSE	5
1. CONCEPTOS BÁSICOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)	7
1.1 Formas de violencia de género (VG) contra las mujeres	7
1.2 Prevalencia de la VG	9
1.3 ¿Por qué la VG es un problema sanitario?	9
1.4 El impacto de la VG en niños/as	10
1.5 El papel de los equipos de atención sanitaria para abordar la VG	10
2. IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA MUJER ...	12
2.1 Signos y síntomas de la VG	13
2.2 Retos en la lucha contra la VG	18
2.3 Documentación y registro en los servicios de salud para la mujer	21
3. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN SANITARIA UTILIZANDO CONCEPTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	23
3.1 Principios para desarrollar habilidades de comunicación	23
3.2 Principios de comunicación para profesionales sanitarios: REEE	25
3.3 Preguntar. Escuchar. Informar	26
4. PLANIFICACIÓN DE SEGURIDAD REALIZADA POR TRABAJADORES/AS SOCIALES PARA PACIENTES QUE VERBALIZAN SUFRIR VG	28
4.1 Entender el riesgo	28
4.2 Realización de una valoración del riesgo	29
4.3 Apoyo a la paciente para establecer un plan de seguridad	29
5. PROCEDIMIENTOS PARA NOTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN	31
5.1 Conceptos básicos y ventajas del procedimiento de derivación	31
6. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN. RESPUESTA MULTISECTORIAL A LA VIOLENCIA	34
6.1 Sensibilización y apoyo en el ámbito político	34
6.2 Grupos de protección a las víctimas	37
6.3 Marco del Proyecto RESPONSE	38
7. EVALUACIÓN	40

ANEXO FORMACIÓN

Los anexos contienen una gama de ejercicios y estudio de casos, incluyendo juegos de rol, con el fin de que los profesionales sanitarios puedan trabajar la comunicación y valoración de las pacientes víctimas de VG. Ofrecen la oportunidad de practicar cómo preguntar sobre la VG y llevar a cabo una evaluación del nivel del riesgo y de la seguridad, para derivar posteriormente a un especialista.

ANEXO 1. EJERCICIOS Y ESTUDIO DE CASOS	47
1. Ejercicio continuo	47
2. Ejercicio “Rueda de Poder y Control Médico”.....	47
3. Ejercicio de estudio de casos	50
4. Ejercicios de Entrevista Motivacional	54
5. Indicadores de riesgo y planificación de seguridad	60
5.1 Ejemplo de un formulario de planificación de la seguridad	61
6. Ejercicio para el trabajador social: ¿Qué hacer y cuándo?	62
ANEXO 2. HERRAMIENTA DE REFERENCIA BÁSICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS	63
ANEXO 3. INFORMACIÓN AVANZADA DE LA EM (ENTREVISTA MOTIVACIONAL)	67
ANEXO 4. SEMINARIO DE FORMACIÓN. PRESENTACIONES POWERPOINT	72

El Proyecto Response es un proyecto financiado por la Unión Europea y que tiene lugar en cinco países Europeos (Austria, Alemania, Francia, Rumanía -coordinador del proyecto- y España) con el fin de aumentar la detección de la VG en servicios de salud para la mujer mediante la formación de los equipos sanitarios, consiguiendo un incremento de las derivaciones a los servicios especializados en VG y de la realización de más planes individualizados de seguridad. Las actividades formativas se implementan en los cinco países con el apoyo de formadores en VG, investigadores y expertos en política de la Universidad de Bristol e Intervenciones IRISi (Reino Unido) para la evaluación del proyecto y desarrollo de la formación, respectivamente. Es posible acceder a más información acerca del proyecto y a las herramientas disponibles en la página web del proyecto RESPONSE: www.gbv-response.eu.

El Manual de RESPONSE, producto principal del proyecto, pretende apoyar la formación de los equipos de atención sanitaria que trabajan en los servicios de salud materna (profesionales sanitarios: médicos/as, enfermeras/os y matronas) en cooperación con trabajadores/as sociales (y/o agentes para la intervención en VG, personal de apoyo, psicólogos/as) para abordar la VG en el ámbito de la salud. El Manual está disponible en cinco lenguas (inglés, francés, alemán, rumano y español).

¿POR QUÉ EL PROYECTO TIENE COMO OBJETIVO A LOS/LAS PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN EN SERVICIOS DE SALUD PARA LA MUJER?

La respuesta a la violencia de género (VG) no es responsabilidad de grupos individuales de profesionales. Requiere el trabajo coordinado de distintos profesionales y sectores. Para el propósito de este proyecto y manual, los **servicios sanitarios para mujeres** se refieren en particular a servicios de maternidad, obstetricia, ginecología y clínicas de salud sexual, profesionales sanitarios que trabajan en estos ámbitos y centros de salud en los que se puede atender, asesorar y apoyar en temas relacionados con la salud a pacientes del sexo femenino. Las víctimas de VG frecuentemente dicen creer que los/las profesionales sanitarios les preguntarán acerca de los abusos que estén sufriendo y que serán capaces de proporcionar apoyo y derivación a especialistas. Como tales, los y las profesionales de la salud, incluidos médicos/as, enfermeros/as y matronas, están en una posición única para apoyar a este colectivo de pacientes vulnerables, ofrecer atención en temas de salud física y emocional, así como proporcionar una conexión con los servicios de apoyo especializados en VG existentes en su comunidad. Sabemos que las pacientes con una historia de VG sufren, tiempo después de que los abusos hayan acabado, consecuencias físicas y mentales asociadas, y que su calidad de vida puede disminuir si no reciben el apoyo apropiado por parte de especialistas. Normalmente, los y las profesionales sanitarios no reciben formación en VG. A menudo no detectan los signos de abuso en pacientes que lo sufren, no preguntan al respecto y, por tanto, no obtienen el historial completo de la paciente antes de tratar el problema que presenta. Es esencial que estos/as profesionales reciban formación para mejorar su comprensión acerca de la VG, para comunicarse mejor con sus pacientes y poder preguntarles si están sufriendo VG, entender cómo responder de forma apropiada y conocer la ruta de derivación local a especialistas de VG. Proponemos un enfoque multisectorial ya que ningún servicio puede, de forma individual, responder y apoyar a las víctimas cuando están sufriendo VG.

¿PARA QUIÉN ES EL MANUAL DE FORMACIÓN RESPONSE?

Las mujeres que experimentan VG y acuden a servicios de atención sanitaria requieren una respuesta positiva y de apoyo, incluyendo una posible detección y posterior derivación a un especialista en VG.

El manual tiene como objetivo apoyar la formación de los equipos de atención sanitaria: profesionales de la salud junto con trabajadores/as sociales, que trabajan en los servicios de salud de la mujer. El manual incluye información para mejorar las habilidades de los equipos de atención médica, con el fin de proporcionar una respuesta integral y centrada en la paciente. Por profesionales de la salud nos referimos a médicos/as, enfermeros/as, matronas, pediatras; particularmente aquellos que trabajan en ginecología, obstetricia y salud sexual a nivel de atención primaria y especializada u hospitalaria. Los y las profesionales de atención primaria con funciones en la atención prenatal y postnatal también podrían constituir un grupo de profesionales sanitarios que podrían beneficiarse de la formación (en función del país). Junto con los y las profesionales de la salud, el equipo de atención médica incluye a trabajadores/as sociales (y/o a trabajadores/as de apoyo y psicólogos/as) que actúan como agentes de intervención en violencia de género.

COMO AGENTES DE INTERVENCIÓN EN VG, LOS Y LAS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL:

- Son especialistas que trabajan en el campo de la VG
- Tienen experiencia y formación para apoyar a las víctimas de VG
- Pueden realizar valoraciones detalladas del riesgo
- Pueden ayudar a las víctimas a crear un plan de seguridad y a hablar sobre opciones en torno a su cuidado y decisiones futuras
- Están bien conectados/as con los servicios de apoyo locales y pueden hacer derivaciones hacia otros servicios en consonancia con la víctima a la que están apoyando
- Tienen confianza y competencia para trabajar dentro del ámbito de la salud y con los y las profesionales de la salud
- Reciben una buena supervisión dentro del sector de la VG para prevenir la reexperimentación del trauma en víctimas

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, también conocido como el **Convenio de Estambul**¹, es un convenio europeo innovador basado en la comprensión de que la violencia contra las mujeres es una forma de VG que se comete contra ellas por el hecho de ser mujeres.

La VG daña varios derechos de las mujeres, incluidos el derecho a la vida, el derecho a no ser objeto de tortura o crueldad, castigo o trato inhumano o degradante, el derecho a la igualdad de protección ante la ley, el derecho a la igualdad en la familia, o el derecho a la salud física y mental.^{1,2} La VG contra mujeres y niñas es una de las violaciones de derechos humanos más extendidas en el mundo, con un impacto significativo sobre la salud física, psicológica, sexual y reproductiva. La VG es un problema estructural que está fuertemente arraigado en las relaciones de desigualdad existentes entre hombres y mujeres, e incluye cualquier forma de acoso sexual y explotación.³

1.1. FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género abarca una amplia gama de actos, entre ellos la violencia física, sexual, psicológica y económica, así como el control coercitivo. Es importante que los y las profesionales de la salud comprendan y reconozcan toda la gama de actos que pueden constituir la VG (véase la tabla 1).⁴

TABLA 1: FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO⁵

VIOLENCIA FÍSICA	<p>Fuerza física que genera lesiones corporales, dolor o discapacidad. La gravedad de la lesión oscila entre un daño tisular mínimo y huesos rotos, hasta lesiones permanentes y la muerte. Los actos de violencia física incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bofetadas, empujones, presión, puñetazos, golpes, arañazos, asfixia, mordiscos, agarre, zarandeos, escupitajos, quemaduras, retorcer una parte del cuerpo, forzar la ingestión de una sustancia no deseada• El uso de objetos domésticos para golpear o apuñalar a una mujer, el uso de armas (cuchillos, armas de fuego)
VIOLENCIA SEXUAL	<p>Cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o acciones para la explotación sexual o todo lo que vaya dirigido contra la sexualidad de una persona, utilizando coerción, por cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ambiente, no limitado al hogar y al trabajo.⁶ Los actos de violencia sexual pueden incluir:</p>

¹ Consejo de Europa, "Convenio sobre prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica", Convenio de Estambul (2011), y ratificado en 2014, <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

² Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1992).

³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 18.

⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 20.

⁵ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 20.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Informe mundial sobre la violencia y la salud" (2002). p. 149.

- Violación u otras formas de agresión sexual
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (incluidas las demandas de sexo a cambio de ascensos o promoción en el trabajo o notas o calificaciones en la escuela superior)
- Trata con fines de explotación sexual
- Exposición forzada a la pornografía
- Embarazo forzado, esterilización forzada, aborto forzado⁷
- Matrimonio forzado, matrimonio temprano/infantil
- Mutilación genital femenina
- Prueba de virginidad
- Incesto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA (VIOLENCIA EMOCIONAL)

Una acción o conjunto de acciones que afectan directamente la integridad psicológica de la mujer. Los actos de violencia psicológica incluyen:

- Amenazas de violencia y daño contra la mujer o alguien cercano a ella, a través de palabras o acciones (por ejemplo, por acecho o exhibición de armas)
- Acoso en el lugar de trabajo
- Comentarios humillantes e insultantes
- Aislamiento y restricciones en la comunicación
- El uso de niños/as por parte de la pareja violenta para controlar o lastimar a la mujer. Estos actos constituyen violencia contra los niños así como violencia contra la mujer

VIOLENCIA ECONÓMICA

Se usa para negar y controlar el acceso de una mujer a los recursos, incluyendo tiempo, dinero, transporte, comida o ropa. Los actos de violencia económica incluyen:

- Prohibir a una mujer el trabajo
- Excluir a una mujer de la toma de decisiones financieras en la familia
- Retención de dinero o información financiera
- Negarse a pagar las facturas o la manutención para ella o los niños
- Destrucción de bienes de propiedad conjunta

CONTROL COERCITIVO

Una conducta coercitiva es:

- Un acto o un patrón de actos de agresión, amenazas, humillación e intimidación u otro abuso que se usa para dañar, castigar o asustar a la víctima

Un comportamiento controlador se define por:

- Una serie de actos destinados a hacer que una persona se vuelva subordinada y/o dependiente, aislándola de fuentes de apoyo, explotando sus recursos y capacidades para obtener ganancias personales, privándola de los medios necesarios para su independencia, resistencia y fuga y regulando su conducta cotidiana

⁷ Consejo de Europa, "Convenio sobre prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica", Convenio de Estambul (2011), y ratificado en 2014, <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

1.2. PREVALENCIA DE LA VG

El informe de 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ sobre la violencia contra la mujer y sus efectos en la salud y la violencia sexual por parte de alguien que no sea su pareja, detalla que un 35% de las mujeres del mundo ha sufrido violencia de género física o violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja. Aunque hay muchas otras formas de violencia a las que la mujer podría estar expuesta, ésta ya representa a una gran proporción de las mujeres a nivel mundial. La mayor parte de la violencia es violencia de pareja. A nivel mundial, casi una tercera parte (30 %) de las mujeres que ha tenido una relación, ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, el 38 % de las mujeres ha sufrido violencia de género. A nivel mundial, el 38% de los asesinatos de mujeres se ha cometido a manos de sus parejas sentimentales. En el Reino Unido, este porcentaje alcanza el 56 %.

1.3. ¿POR QUÉ ES UN PROBLEMA SANITARIO?

La violencia de género es un abuso de los derechos humanos, un importante problema de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud y enormes costes y desafíos para los servicios sanitarios a nivel internacional. Esto se debe a que la VG está relacionada con una serie de consecuencias en la salud y es un factor de riesgo para una amplia gama de dolencias inmediatas y a largo plazo. El impacto en la salud pueden aparecer como síntomas físicos, lesiones, dolor crónico, síntomas neurológicos, trastornos gastrointestinales, problemas ginecológicos y aumento del riesgo cardiovascular. La violencia de género puede dar lugar a embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos inducidos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH⁹. El aborto involuntario, la muerte fetal, el parto prematuro y el bajo peso al nacer son otros posibles efectos de la VG durante el embarazo¹⁰. La paciente puede estar deprimida, dañarse a sí misma, tener trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, insomnio, aumentar el consumo de sustancias y tener pensamientos de suicidio. El cese del abuso no significa necesariamente que los problemas de salud mental también cesen.

La influencia puede persistir mucho tiempo después de que la violencia se haya detenido y cuanto más grave sea la violencia mayor será su impacto en la salud física y mental. Dicho abuso puede comenzar o aumentar en el embarazo, siendo el resultado más grave la muerte de la madre o del feto. Menos reconocido es el impacto del embarazo no deseado y los riesgos para los/las menores en edad preescolar. Los servicios de atención sanitaria pasan más tiempo tratando el impacto de la violencia contra las mujeres y los/las niños/as que otros profesionales, y son a menudo el primer punto de contacto para las mujeres que han experimentado VG. El servicio de salud puede desempeñar un papel esencial en la respuesta y la prevención de la VG mediante la intervención temprana, proporcionando tratamiento e información y remitiendo a las pacientes a servicios especializados. Por lo tanto, los y las profesionales de la salud están en una posición única para ayudar a las mujeres que sufren VG a obtener el apoyo que necesitan.

⁸ OMS. "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja y de la violencia sexual no conyugal". (2013), p. 2. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>/<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

⁹ Haddad L, Shotar A, Younger J, Alzyoud S, Bouhaidar CM. "Screening for domestic violence in Jordan: validation of an Arabic version of a domestic violence against women questionnaire." *International Journal of Women's Health*. (2011), p. 79-86.

¹⁰ Halpern CT, Spriggs AL, Martin SL, Kupper LL. "Patterns of Intimate Partner Violence Victimization from Adolescence to Young Adulthood in a Nationally Representative Sample". *Journal of Adolescent Health*. (2009), p. 508-516.

1.4. EL IMPACTO DE LA VG EN NIÑOS/AS

La VG es un indicador importante de riesgo para niños/as y jóvenes. En el Reino Unido, las cifras del Departamento de Sanidad indican que casi tres cuartas partes de los/las niños/as que están sometidos/as a un plan de protección infantil viven en hogares donde existe violencia de género¹. Además, el 75 % de los casos son presenciados por niños/as¹².

Las respuestas de los niños/as al trauma de ser testigos de la VG pueden variar de acuerdo a una multitud de factores que incluyen, pero no se limitan, a edad, raza, sexo y etapa de desarrollo. Si los/las niños/as no se sienten seguros/as en su propia casa, esto puede tener muchos efectos negativos físicos, emocionales y de conducta. Éstos incluyen problemas de salud física, retrasos en el desarrollo, ansiedad, depresión, agresión o enojo hacia adultos y compañeros, trastornos alimentarios, rendimiento escolar deficiente, baja autoestima, comportamientos difíciles y pesadillas. La VG también puede causar, directa o indirectamente mortalidad infantil. Los y las niños/as pueden sufrir abusos directamente, indirectamente y también pueden ser testigos de las consecuencias en la salud que experimentan sus padres. Con apoyo, los y las niños/as pueden asimilar lo que está sucediendo y no tienen que estar marcados permanentemente por sus experiencias.

1.5. EL PAPEL DE LOS EQUIPOS DE ASISTENCIA SANITARIA PARA ABORDAR LA VG

El número de mujeres que espontáneamente dicen sufrir violencia es bajo, ya que su seguridad suele estar en juego y los y las profesionales de la salud en muchos casos no están formados para hacer preguntas sobre violencia. Es necesario preguntar activamente sobre la violencia de género por parte de los/las profesionales de la salud, a través de la indagación/exploración clínica, para ayudar a las víctimas de VG a informar¹³. Una vez que el/la profesional sanitario ha preguntado acerca de la VG y ha recibido la información, es necesario que haya un plan de seguridad para derivar a la víctima al apoyo especializado. Por tanto, los sistemas de atención sanitaria de mujeres en Europa siguen siendo un punto de entrada clave, pero infrautilizado, a través de los cuales las víctimas de VG pueden ser identificadas y derivadas a servicios especializados. Además, a menudo son los y las profesionales sanitarios los que tienen más contacto con las víctimas. Las visitas rutinarias de atención perinatal ofrecen oportunidades cruciales para que los/las profesionales examinen, informen y deriven a las mujeres víctimas de abuso a estos servicios especializados. Sin embargo, los/las profesionales de la salud carecen frecuentemente de las habilidades necesarias para identificar y derivar a las mujeres embarazadas que sufren VG. **RESPONSE tiene como objetivo apoyar a las víctimas y dotar a los equipos de atención sanitaria con las herramientas para preguntar a las pacientes sobre VG, responder, derivar en caso necesario y registrar la Información en el historial médico de la paciente.**

Es responsabilidad de los/las profesionales sanitarios asegurarse de que su personal esté formado y equipado para brindar el primer apoyo en casos de VG. RESPONSE introduce el modelo de trabajo colaborativo, por lo que existe una responsabilidad compartida para el apoyo y el mejor cuidado de las pacientes que sufren VG. Los/las profesionales de la salud deben reconocer cuándo preguntar sobre VG y cómo proporcionar una respuesta inicial y un plan de seguridad. Resulta necesaria una vía de derivación a

¹¹ Departamento de salud. Women's mental health: into the mainstream. Londres, Departamento de salud. (2002), p.16. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20111010181537/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075487.pdf

¹² Colegio de Psiquiatría. Mental health and growing up, 3rd edition: Domestic violence: Its effect on children. Royal College of Psychiatrists, (2004).

¹³ García-Moreno C, Hegarty K, Flavia A, d'Oliveira L, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. "La respuesta de los sistemas de salud a la violencia contra las mujeres". Lancet. (2015), p. 1567-1579

los/las trabajadores/as especialistas en violencia de género que pueden ofrecer una evaluación completa, ofrecer apoyo a la paciente y/u ofrecer una derivación a otros servicios para la mujer especializados.

En RESPONSE, el/la trabajador/a social puede asumir el rol de apoyo especializado. Cada país y cada centro sanitario tendrá su propio/a trabajador/a social especializado/a que puede denominarse de distintas formas, por ejemplo, trabajador/a social, agente para la atención/intervención en VG, trabajador/a de apoyo. La función de dicho personal debe incluir:

- Un espacio privado para reunirse y hablar
- En caso de necesidad, un intérprete que no sea de la familia de la víctima
- Un enfoque centrado en la víctima
- Análisis de la situación de la paciente
- Identificación de la VG
- Evaluación del riesgo y planificación de seguridad
- Seguimiento de asuntos relacionados con la salud así como asuntos relacionados con la VG
- Datos de contacto claros para los próximos pasos

2. IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA MUJER

Facilitar la verbalización de una situación de VG es un punto de partida importante para cualquier intervención basada en la atención médica. Preguntar acerca de la violencia de género, cuando se hace de una manera profesional y de apoyo, contrarresta los sentimientos de aislamiento, culpa y vergüenza que las víctimas de la violencia pueden experimentar, y también ayuda a transmitir el mensaje de que hay ayuda disponible y que la paciente puede hacer uso de ella si se siente preparada.¹⁴

El/la profesional de la salud, en cualquier centro sanitario, necesita saber cómo:

- Hacer preguntas sobre la violencia de género
- Dar una respuesta de confirmación y comprensión
- Realizar un plan de seguridad
- Ofrecer una derivación a un especialista local de apoyo
- Registrar la conversación en el expediente médico de la paciente

En los centros sanitarios se usan dos enfoques para facilitar la verbalización de la VG: el cribado universal y la detección de casos.¹⁵

Cribado universal: también se conoce como rutina de indagación, que consiste en preguntar de forma rutinaria a todas las mujeres que se presentan en los centros sanitarios si han sido expuestas a violencia de género

Detección de casos: también se conoce como indagación clínica, consiste en preguntar a las mujeres que se presentan en los establecimientos sanitarios en base a su estado clínico, por su historial y (si procede) el examen de la paciente¹⁶. **La detección de casos se basa en una evaluación clínica selectiva y cuidadosa, en particular, cuando el personal está especialmente entrenado sobre cómo responder y derivar de la mejor manera.**

El proyecto RESPONSE sigue la recomendación de la OMS de “mejorar la capacidad del profesional para responder adecuadamente a aquellas mujeres que declaran sufrir violencia, muestran signos y síntomas asociados con la violencia o sufren formas graves de abuso”¹⁷, usando el enfoque de detección de casos.

El cribado se considera una buena práctica en los servicios obstétricos. Es necesario garantizar la formación de todo el personal para que pueda preguntar de forma efectiva sobre VG.

¹⁴ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia”. (2014), p. 66.

¹⁵ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia”. (2014), p. 67.

¹⁶ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia”. (2014), p. 67.

¹⁷ OMS, “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Directrices políticas y clínicas de la OMS” (2013), p. 19.

En los centros en los que se promueve el modelo de cribado, es necesario prestar atención para asegurar que los/las profesionales sanitarios que trabajen en estos centros formulen las preguntas con sensibilidad y de forma activa y no simplemente de forma mecánica. Deben hacerse preguntas abiertas y se anima a que las preguntas de seguimiento clarifiquen la información. Nunca se debe preguntar a las mujeres sobre violencia de género cuando están acompañadas o en presencia de familiares o niños/as mayores de 2 años. Se debe encontrar una manera de hablar con la mujer a solas y deben explicarse con claridad las cuestiones de confidencialidad y cuándo se puede romper esa confidencialidad, por ejemplo, en caso de que se informe de un caso de abuso infantil o daño a otra persona.

Las mujeres necesitan sentir que si declaran sufrir VG, esa información será tomada en serio, manejada con sensibilidad y de manera positiva, y que también se les ofrecerá apoyo. Existe un temor comprensible con respecto a informar y pedir ayuda cuando las mujeres están embarazadas o con hijos/as, ya que pueden temer que sus capacidades parentales sean cuestionadas. El miedo a separarse de sus hijos/as, la implicación de la asistencia social y la escalada de violencia si el agresor descubre que han informado de su situación de VG están presentes. Las mujeres necesitan apoyo para compartir la información y buscar la ayuda que necesitan. Cada país tendrá sus propios umbrales para la implicación de los servicios estatutarios en los casos de VG en los que estén involucrados niños/as, bebés y nonatos/as.

2.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE VG

La VG puede afectar todos los aspectos de la salud de la mujer. Las consecuencias de la VG para la salud pueden ser inmediatas y agudas, así como también de larga duración y crónicas. Las consecuencias negativas para la salud pueden persistir mucho tiempo después de que la violencia haya cesado.¹⁸

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹ de 2013 sobre la violencia contra la mujer y las repercusiones en la salud de la violencia de pareja y de la violencia sexual por parte de alguien que no es la pareja reconoce las consecuencias de la violencia en la salud emocional, física y reproductiva de las mujeres. Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de sus parejas tienen tasas más altas de una serie de problemas de salud importantes. Estos son:

- Una probabilidad del 16 % de tener un bebé de bajo peso al nacer
- Más del doble de probabilidades de tener un aborto
- Casi el doble de probabilidades de sufrir depresión
- En algunas regiones, 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia de pareja

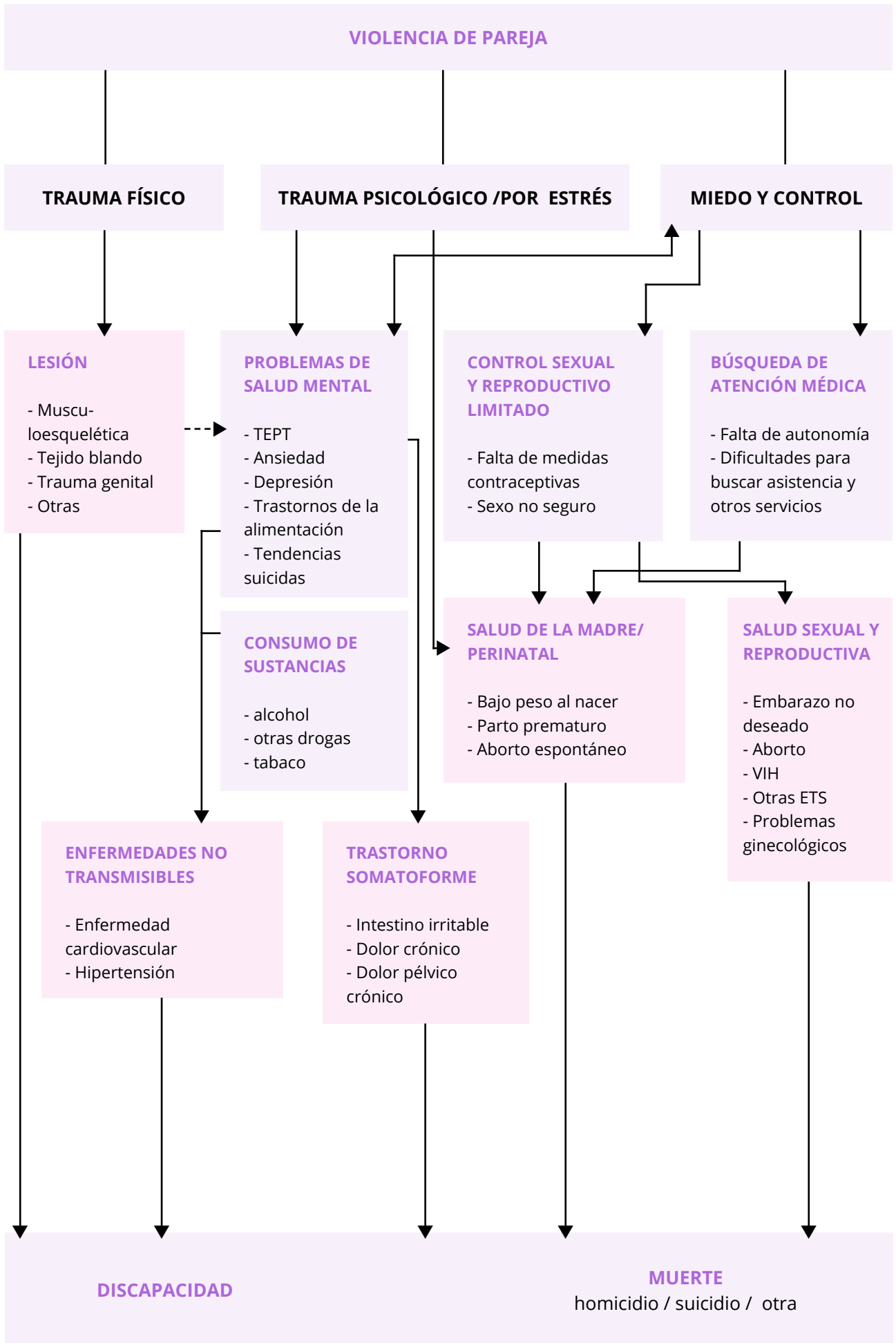
El siguiente diagrama pone de relieve el impacto de la violencia de pareja para la salud, como se evidencia en el informe de la OMS²⁰.

¹⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 39.

¹⁹ OMS, "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja y de la violencia sexual no conyugal". (2013), p. 2.

²⁰ OMS, "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja y de la violencia sexual no conyugal". (2013), p. 8.

Figura 1. Vías y efectos sobre la salud de la violencia de pareja



Valpied y Hegarty²¹, en la siguiente tabla, resumen cómo el impacto de la VG es omnipresente en todos los aspectos de la salud. La sección situacional de la tabla muestra un impacto más amplio de la VG en la vida de la víctima, su familia y el servicio local de atención médica.

TABLA2: POSIBLES INDICADORES DE SALUD DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

Físicos	Ginecológicos / Reproductivos Psicosociales	Psicosociales	Situacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal crónico • Dolor de espalda crónico • Diarrea crónica • Dolores de cabeza crónicos • Otro dolor crónico, especialmente cuando no hay explicación • Pérdida auditiva inexplicable • Lesiones, especialmente en la cabeza/cuello o en diversas zonas • Hematomas en varias etapas de la curación • Letargo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor pélvico crónico • Disfunción sexual • Sangrado vaginal (especialmente casos repetidos) • Infecciones frecuentes de la vejiga o del riñón • Infecciones de transmisión sexual • Múltiples embarazos no deseados/ abortos • Abortos involuntarios • Atención prenatal tardía • Peso infantil bajo al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Trastornos de la alimentación • Trastornos de pánico • Trastornos de estrés postraumático • Trastornos del sueño • Trastornos somatoformes • Uso indebido de alcohol o de otras sustancias • Ideación o intentos de suicidio • Autolesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso frecuente de los servicios de salud y/o admisiones hospitalarias • Uso frecuente de medicación de alto nivel • Abuso de un niño en la familia • Retrasos en la búsqueda de tratamiento • Incumplimiento del tratamiento y/o citas • Explicación contradictoria, poco convincente o vaga de las lesiones • Compañero que es aleccionador o exageradamente atento en las consultas • Aislamiento social • Separación reciente o divorcio de (ex) pareja

²¹ Valpied J, Hegarty K, "Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings". Women's Health. (2015), 11(1), p. 51-63.

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE OBSTETRICIA

La VG es una causa importante de muerte materna y fetal. Una serie de factores deben plantear inquietudes sobre una posible situación de VG en mujeres embarazadas²²:

- La paciente reserva tarde o no acude a la clínica
- La paciente acude repetidamente con problemas menores o tiene ingresos repetidos
- La paciente no completa el tratamiento o abandona el hospital por alta voluntaria
- La paciente está deprimida, ansiosa o se daña a sí misma (altos niveles de síntomas de depresión perinatal, ansiedad y TEPT se asocian significativamente con haber sufrido violencia de género)²³
- La paciente presenta lesiones, en particular en abdomen, senos, muslos, cabeza y cuello. Puede tratar de convencer al profesional sanitario de que éstas no son muy graves
- La paciente experimenta flujo vaginal frecuente, sangrado poscoital, infecciones urinarias o dolor pélvico
- La paciente experimenta abortos espontáneos recurrentes, mortinatos inexplicables o partos prematuros
- Hay restricción de crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer
- El embarazo no es planeado o no es deseado
- La paciente hace una solicitud de interrupción del embarazo o ha sufrido múltiples abortos
- La paciente puede tener un consumo problemático de sustancias o no ser capaz de dejar de fumar

Además, las mujeres que sufren VG son más propensas a tener complicaciones obstétricas que incluyen²⁴:

- Parto prematuro
- Nacimiento de un niño muerto
- Bebé de bajo peso al nacer
- Hemorragia anteparto
- Corioamnionitis

²² Lewis et al., "Why Mothers Die 2000-2002: The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom". (2004), available at: <http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/33,2004-Why-Mothers-Die-2000-2002-The-Sixth-Report-of-the-Confidential-Enquiries-into-Maternal-Deaths-in-the-UK.pdf>.

²³ Howard L M, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G, "Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis". PLoS Med. (2013), 10: e1001452.

²⁴ Bewley S, Welch, J, eds. "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons. (2014), p. 69-72.

TABLA 3: MUJERES QUE ESTUVIERON EMBARAZADAS DURANTE LA RELACIÓN CON UN COMPAÑERO VIOLENTO, Y SI EL COMPAÑERO FUE VIOLENTO CON ELLAS DURANTE EL EMBARAZO O NO

Embarazo y violencia

La violencia que ocurre durante el embarazo representa un peligro tanto para la mujer como para su hijo no nacido. Entre las encuestadas que estaban embarazadas durante la relación con su pareja y que habían experimentado violencia dentro de la relación, el 20% de las víctimas de violencia ejercida por sus parejas actuales y el 42% de las víctimas por parte de parejas anteriores, afirmó que durante el embarazo también hubo violencia física o sexual²⁵.

	Pareja violenta durante el embarazo (%)	Pareja no violenta durante el embarazo (%)	No responde (%)	Total (%)	n
Pareja actual	20	77	2	100	1,762
Pareja anterior	42	56	1	100	3,120

Nota: Tomado por separado, la suma de las categorías "Pareja violenta durante el embarazo", "Pareja no violenta durante el embarazo" y "No responde" puede diferir del total indicado en la tabla por +/- un punto porcentual. Esta diferencia se debe al redondeo.

Fuente: Conjunto de datos de la FRA sobre violencia de género contra las mujeres, 2012, informe de 2014

El informe del FRA 2014 afirma que *"los profesionales de la salud deben ser conscientes de la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas a la violencia, de modo que estén en condiciones de abordar este asunto de forma eficaz"*²⁶. Se podrían tomar medidas para animar al personal de asistencia médica prenatal a comprobar de forma rutinaria si una mujer está en riesgo de violencia, cuando se presentan a las revisiones en los servicios de salud para la mujer. Las buenas prácticas existentes podrían identificarse a nivel de los Estados miembros y de la UE. **RESPONSE apoya estas medidas y recomienda que sean incluidas en los centros sanitarios donde se está implementando el proyecto.**

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE GINECOLOGÍA

Los problemas de salud física más consistentes, duraderos y más grandes en las mujeres que sufren VG son los problemas ginecológicos. Aquellas que experimentan VG tienen un riesgo tres veces mayor de padecer problemas ginecológicos y cuanto peor sea la combinación de abuso físico y sexual, peores serán los problemas²⁷.

Las mujeres que sufren VG pueden no acudir reiteradamente a las pruebas de frotis cervical y corren mayor riesgo de padecer enfermedades que incluyen²⁸:

- Trastornos menstruales
- Dolor pélvico
- Dolor durante el coito
- Secreción vaginal
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Hemorragia poscoital

Las mujeres que sufren VG tienen un riesgo tres veces mayor de padecer problemas ginecológicos.

²⁵ Agencia Europea de Derechos Fundamentales (FRA). "Violence against Women: An EU-wide survey". Bruselas, FRA. (2014), p. 46.

²⁶ Agencia Europea de Derechos Fundamentales (FRA). "Violence against Women: An EU-wide survey". Bruselas, FRA. (2014), p. 46.

²⁷ Campbell J et al., "Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences". Arch Intern Med. (2002, 162(10), p. 1157-1163

²⁸ Bewley S, Welch J, eds., "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons. (2014), p. 69-72.

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE SALUD SEXUAL²⁹

Las mujeres jóvenes que experimentan VG pueden ser más propensas a acudir a clínicas de salud sexual que a otros entornos sanitarios. Las mujeres que ejercen la prostitución también corren un riesgo continuo de infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia y abuso. Las mujeres que experimentan VG pueden presentarse en los servicios de salud sexual o en los servicios de salud para la mujer por una variedad de razones:

- Secreción vaginal
- Después de una violación
- Después de haber sido obligada a tener relaciones sexuales con otros para el beneficio financiero de su pareja
- Con una infección de transmisión sexual transmitida por su pareja
- Preocupación por su situación de VIH

Además, a las mujeres que sufren VG no se les permite manejar su propia fertilidad. La coerción reproductiva implica conductas que un compañero utiliza para mantener el poder y el control en la relación y que están relacionadas con la salud reproductiva. Los agresores pueden tratar de controlar el uso de anticonceptivos, ya sea forzándolas a tomarlo o, más habitualmente, impidiéndoles que lo tomen, o bien destruyéndolos. Las mujeres que viven en relaciones violentas y abusivas pueden estar muy temerosas de quedar embarazadas y tienen más probabilidades de tener un embarazo no deseado que las mujeres que no sufren VG. A una paciente que solicita reiteradamente anticoncepción o anticoncepción de emergencia se le debe preguntar sobre su relación y se le debe preguntar directamente si está sufriendo VG. Se debe conversar sobre anticoncepción reversible de acción prolongada.

2.2. RETOS EN LA LUCHA CONTRA LA VG

Los y las profesionales de la salud se enfrentan a obstáculos al preguntar y apoyar a las mujeres en torno al tema de la VG de manera efectiva. A continuación, se resumen algunos de estos obstáculos que se contemplan tanto para pacientes como para profesionales:

OBSTÁCULOS A LOS QUE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD SE ENFRENTAN AL PRESTAR SERVICIOS EFECTIVOS A LAS VÍCTIMAS DE VG³⁰:

- Conocimiento insuficiente de las causas, consecuencias y dinámica de la VG
- Actitudes y concepciones erróneas propias
- Experiencias propias de VG
- La falta de habilidades clínicas en la respuesta a la violencia de género y la reticencia a preguntar por la incertidumbre de qué hacer a continuación
- Falta de información sobre los servicios de apoyo existentes
- Falta de tiempo en la atención médica para presentar el problema, y mucho menos para tratar la información /verbalización de la VG
- Falta de protocolos internos en torno a la violencia de género incluyendo preguntas, respuestas y documentación
- Incertidumbre acerca de las reglas en torno a la confidencialidad y el deber legal de informar
- Ausencia de procedimientos, políticas y protocolos estándar para garantizar que la respuesta de los y las profesionales sanitarios a todas las víctimas de VG siga los estándares de buena atención clínica

²⁹ *genitourinary medicine*.

³⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 183.

- Preocupación por lo que sucede una vez que se verbaliza la VG y no saber con quién podría hablar el /la profesional de la salud o a quién más se podría involucrar (por ejemplo, a la policía)

OBSTÁCULOS A LOS QUE SE ENFRENTAN LAS VÍCTIMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA MUJER Y AL INFORMAR DE LA VIOLENCIA SUFRIDA³¹:

- Vergüenza, culpa y el sentimiento de ser la única responsable o parcialmente responsable de la violencia
- Miedo a represalias por parte del agresor
- Miedo al estigma y la exclusión social por parte de sus familias y comunidades
- Miedo al aislamiento social y el sentimiento de tener que hacer frente ellas solas a la violencia sufrida
- Baja autoestima y confianza en sí misma
- Falta de opciones seguras para sus hijos/as y miedo a perder la custodia de sus hijos/as
- Temor de llamar la atención sobre una situación de inmigración irregular o de perder la residencia después de separarse de un cónyuge violento
- Falta de opciones realistas (por ejemplo, recursos financieros, vivienda, empleo o seguridad)
- Falta de privacidad durante las citas, y por lo tanto, incapacidad de hablar con el/la profesional sanitario a solas
- Preocupación de que no le crean debido a una respuesta negativa de los profesionales en el pasado

LOS OBSTÁCULOS ADICIONALES A LOS QUE SE ENFRENTAN LAS MUJERES POR CUESTIONES DE DIVERSIDAD INCLUYEN:

- Falta de acceso físico a los servicios de asistencia sanitaria para las mujeres que viven en zonas remotas
- Barreras lingüísticas y culturales a las que se enfrentan las mujeres migrantes y las pertenecientes a minorías étnicas
- Temor de llamar la atención sobre la situación de inmigración irregular o de perder la residencia después de separarse de un cónyuge violento
- Preocupación de quedarse sin apoyo en casos en que el agresor es la persona que cuida a la mujer si tiene una discapacidad
- Estigma o incredulidad si una mujer está en una relación con una persona de su mismo sexo
- Evaluación incorrecta por parte de los/las profesionales sanitarios de que algunas culturas y comunidades aceptan la violencia de género

CON EL FIN DE DISMINUIR ALGUNOS DE ESTOS OBSTÁCULOS, LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- Hágale saber a la mujer que ella no es culpable o responsable de lo que está sucediendo y que nadie merece ser tratado de esa manera. Dígale que ella no tiene que enfrentarse sola al problema y que hay organizaciones locales con años de experiencia en el apoyo a mujeres que sufren violencia en las relaciones. Facilítele los detalles de éstas y proporciónese también el número local de una línea telefónica de ayuda. Las organizaciones especializadas proporcionan apoyo práctico y emocional y algunas pueden ofrecer alojamiento si una mujer desea irse y no tiene donde quedarse. Pueden asesorar sobre asuntos legales y necesidades de vivienda. La mujer no tiene por qué abandonar su casa para ser derivada a estas organizaciones. A veces, ponerse en contacto o visitar las organizaciones proporciona a las mujeres el apoyo que desean, o la familiaridad para decidir marcharse la próxima vez que se produzca la violencia.
- Proporcione apoyo continuo y mantenga abiertas las líneas de comunicación. Pregúntele cómo van las cosas en las próximas citas y si hay algo que le preocupa y de lo que ella desea hablar. Si es posible, haga los arreglos pertinentes para que usted pueda verla durante el resto de su atención médica, esto facilitará el apoyo y una comunicación continua. También será capaz de hacer un seguimiento de cualquier cambio que se produzca, por ejemplo, si la violencia empeora.

³¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

La mujer debe liderar el proceso de cambio a su propio ritmo y con apoyo para delinear sus opciones y preferencias (el capítulo 3 incluye más información). Todo el personal del servicio de salud para la mujer tiene la responsabilidad de actuar en el interés de la mujer, pero no de decidir en su lugar. Ella es la única persona que sabe lo que es lo mejor para ella. Ella es la única persona que tiene toda la información sobre su situación. Usted no ha fracasado si una mujer decide quedarse con su pareja violenta. Al recordar que nuestra intervención es sólo parte del proceso, se pretende reducir la presión sobre el personal y evitar que alguien sienta que debe tratar de resolver de inmediato la situación.

SI ELLA INFORMA DE UNA SITUACIÓN DE VG Y SU PAREJA ESTÁ ESPERANDO FUERA DE LA SALA

- No aborde la violencia en profundidad. El compañero puede comenzar a sospechar y entrar en medio de la conversación
- Es más seguro limitar la conversación, sin hacer que la mujer tenga la impresión de que usted no estuviera interesado/a. Ofrezca a la mujer información de referencia y acuerde otra cita para comentarlo en su totalidad en un momento más seguro. Trate de citarla nuevamente en un momento en que su pareja no pueda estar presente
- Averigüe cómo contactar con ella con seguridad para abordar las cosas más adelante, en otro momento. Tal vez hay un amigo de confianza o un miembro de la familia que podría llevarse un mensaje para ella.
- Asegúrese de que la mujer se siente bien antes de invitar a su pareja a la habitación. Las mujeres que experimentan VG a menudo dicen que temen que su pareja descubra que se lo han dicho a alguien, provocando más violencia.
- Ayúdele a preparar una respuesta en caso de que su pareja la interrogue sobre lo que se habló durante el tiempo de consulta. Está bien hacer una historia con ella, tal vez en referencia a un problema de salud anterior. Lo importante es que la mujer se sienta segura y preparada para continuar con la cita.

SI ELLA INFORMA DE UNA SITUACIÓN DE VG, NO:

- Le de consejos directos, o no le diga que lo deje.
- Le diga que se defienda o que le devuelva el golpe.
- Tome medidas sin su consentimiento - o comente sin su permiso con otros colegas lo que ella ha dicho (excepto si existen problemas de protección infantil y usted ha de contactar con un/a trabajador/a social; informando de esto a la mujer).
- Le pregunte por qué lo soporta o lo que ha hecho para que él la pegara.
- Trivialice el abuso o minimice el peligro (no tomándola en serio o diciéndole que no debe soportarlo).
- Espere resultados inmediatos.
- Trate de resolver el problema de la mujer en su lugar.
- Deje que el agresor sepa que su paciente ha revelado el abuso

Dejar una relación violenta requiere planificación y preparación para que la mujer esté a salvo. Usted puede poner a la mujer en riesgo de más violencia si la coacciona o presiona para que deje a su pareja antes de que esté lista.

³² Teniendo en cuenta la especificidad de su establecimiento, los recursos y/o los servicios existentes.

2.3. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA MUJER

La documentación es una parte esencial de la mejor práctica clínica y un buen cuidado de la paciente. Las notas y registros deben ser claros y precisos con el fin de proporcionar a cualquier profesional sanitario involucrado en el cuidado de la mujer una idea instantánea de lo que sucedió en cada consulta en términos de:

- Historial
- Quién estuvo presente
- Quién dijo qué
- Los resultados de la salud, tanto los negativos como los positivos
- Los planes de asistencia médica
- Cómo se abordaron las preocupaciones

EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA OBTENER INFORMACIÓN:

- ▶ Esto parece doloroso. ¿Cómo ocurrió?
- ▶ ¿Alguien le ha hecho daño? Por favor, dígame algo más sobre esto
- ▶ ¿Alguien le ha amenazado?

Al registrar estas respuestas, recuerde que unas buenas anotaciones le ayudarán si en el futuro se solicita que declare o si las pruebas deben ser presentadas ante un tribunal.

TABLA 4: HABILIDADES QUE NECESITAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CUANDO DOCUMENTAN UNA CONSULTA CON UNA VÍCTIMA DE VG³³

LO QUE SE DEBE HACER	LO QUE NO SE DEBE HACER
Escribir notas en el momento o inmediatamente después de la consulta	Dejar la escritura de notas hasta el final de un turno
Escribir clara y legiblemente	Tomar una historia detallada. Ceñirse a los hechos.
Ceñirse a los hechos y ser objetivo/a	Hacer preguntas tendenciosas
Explicar la confidencialidad a su paciente y los límites de la confidencialidad	Ser selectivo acerca de lo que escribe. Documentar todos los detalles que le diga en respuesta a sus preguntas.
Concentrarse en lo que se hizo, dónde, cuándo y por quién	Usar abreviaturas no aprobadas o escribir de manera ilegible. Usted u otra persona tendrá dificultades para entender las notas si son requeridas para declaraciones futuras o ante un tribunal.
Apuntar la información de terceros, por ejemplo, "La madre de la paciente me dijo que..."	Ser crítico o paternalista
Apuntar la información pertinente textualmente: "Me dio un puñetazo en la cara y mi nariz empezó a sangrar."	
Documentar quién estuvo presente en el momento de la consulta	
Firmar todas las notas	
Apuntar la fecha en todas las notas	
Documentar un plan claro de gestión y de cuidados	
Tratar a la paciente con cuidado y sensibilidad	

³³ Bewley S, Welch, J, eds., "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons. (2014), p. 74-82; p. 87-90.

En función de las instalaciones locales disponibles, una paciente que ha sufrido abusos o agresiones sexuales puede ser derivada a un centro especial para un reconocimiento médico forense. Este examen forense tiene como objetivo obtener una historia detallada y realizar un examen físico, así como recopilar cuidadosamente información y elementos relativos al agresor. Este examen es diferente de otros reconocimientos realizados en otras áreas de la medicina. De acuerdo con la normativa local, se seguirán formularios y procedimientos específicos para registrar la agresión sexual. El personal sanitario debe familiarizarse con los centros y prestaciones locales.

Hay un lenguaje acordado para evaluar a una paciente por lesiones físicas en términos de palabras, descripciones y documentación. Cualquier nota apuntada debe ser clara para que todos los demás profesionales de la salud la entiendan en el futuro. Los elementos clave de las mejores prácticas son los siguientes³⁴:

- ▶ Documente todo lo que vea. Algunas cosas pueden no estar relacionadas con la agresión y no le corresponde a usted decidirlo.
- ▶ Utilice siempre descripciones médicas aceptadas, por ejemplo, "abrasión".
- ▶ Utilice siempre la nomenclatura anatómica estándar, por ejemplo, "fosa ilíaca izquierda".
- ▶ Utilice dibujos anatómicos del cuerpo o diagramas para registrar las lesiones.
- ▶ Mida la lesión, márquela en el diagrama y descríbalas, por ejemplo, "hematoma amarillo redondo de 2,8x2,8 cm, 5 cm por encima del olécranon en la cara posterior del brazo derecho".
- ▶ A menudo no hay lesiones físicas después de una agresión sexual, documente la ausencia de lesiones.
- ▶ Tómese su tiempo.

No subestime el estado de shock en que se pueda encontrar la paciente. Ella puede necesitar apoyo emocional, así como un cuidado de las lesiones físicas. No subestime el efecto que este tipo de consulta pueda tener sobre el profesional sanitario involucrado en el caso.

³⁴ Bewley S, Welch, J, eds., "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons. (2014), p. 87-90.

3. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA EQUIPOS DE ATENCIÓN SANITARIA UTILIZANDO CONCEPTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los y las profesionales de la salud pueden apoyar a las víctimas para que compartan sus experiencias de VG. Algo vital para apoyar a las víctimas de VG y facilitar el cambio es el estilo de comunicación que utiliza el/la profesional durante la interacción médico-paciente. Los/las profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel activo en el cambio social y conductual de la VG. En este capítulo se expone la Entrevista Motivacional (EM), un método de orientación utilizado en prácticas psicoterapéuticas y en numerosos ensayos clínicos para diversos problemas sanitarios en los que se necesitan cambios en la conducta y la motivación. En este capítulo se exponen los principios de la EM y cuáles son las habilidades y técnicas de la EM que los y las profesionales de la salud pueden utilizar durante la interacción medicopaciente, para establecer y aumentar la confianza de la paciente y así lograr un diálogo abierto con ella de forma no intrusiva. La EM resulta novedosa en el campo de la VG. El uso de algunos elementos de la EM cuando se trabaja con víctimas de VG puede ser un desafío, ya que la mayoría de los/las profesionales sanitarios no suelen recibir formación en esta estrategia de comunicación. Sin embargo, estos/as profesionales están más familiarizados/as con el “modelo de etapas de cambio”, un modelo sobre el cual se construye la EM y que sirve de base para comenzar a aprender el enfoque de la EM. Los y las profesionales de la salud siempre deben verificar con la paciente en qué punto de la historia de VG se encuentra y hacer con ella un recorrido por dicha experiencia, antes de comenzar a trabajar con la paciente. Verbalizar la violencia es difícil. Se recomienda que la formación destinada a mejorar el estilo de comunicación durante la consulta de los equipos de atención sanitaria se incluya en cualquier formación a profesionales sanitarios para mejorar la verbalización de una situación VG y potenciar cambios en el tratamiento de la violencia por parte de las víctimas. Si es posible, se implicará a asesores expertos en EM.

3.1. PRINCIPIOS Y DATOS PARA DESARROLLAR HABILIDADES COMUNICATIVAS

Definición. La EM se define como “una forma de orientación colaborativa que se centra en la persona para provocar y fortalecer la motivación por el cambio”³⁵. Este método de comunicación de enfoque global se utiliza para lograr cambios de conducta y su funcionamiento consiste en provocar la motivación para el cambio de cada persona y fortalecer su compromiso a cambiar³⁶. La EM la desarrollaron psicólogos con propósitos terapéuticos, en parte, para ser utilizada para formación en la práctica general. Los/las profesionales sanitarios pueden utilizar elementos de la EM en su actividad diaria para ayudar a las pacientes a encontrar una motivación para cambiar conductas por el bien de su propia salud³⁷. Podría ser de utilidad aplicar ciertos principios de la EM durante consultas entre paciente y agentes de atención a la VG, tales como trabajadores/as sociales, y entre profesionales médicos y agentes de la VG durante las reuniones del grupo de protección a las víctimas (el concepto de este grupo se detalla en el capítulo 6.2).

La exposición a la VG puede llevar a dificultades para establecer la confianza con los/las profesionales. Mediante el uso de métodos de comunicación de la EM, los/las profesionales pueden incrementar las derivaciones de casos de VG desde los centros sanitarios.

³⁵ Miller WR, Rollnick S, “Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and cognitive psychotherapy”. (2009), 37(02), p. 129-140.

³⁶ Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS, “Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”. (2008), p. 12.

³⁷ Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia, MS, “Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”. (2008), p. 13.

La entrevista motivacional puede usarse para apoyar a las víctimas de VG en las siguientes actividades³⁸:

- Gestión de su estado de salud
- Buscar ayuda y acceder a servicios de apoyo
- Inicio de la planificación de seguridad
- Búsqueda de apoyo social
- Reducir las adicciones utilizadas como mecanismo de afrontamiento
- Conseguir y mantener un trabajo
- Mejorar su autoeficacia
- Mejorar los problemas de salud mental asociados

Los y las profesionales de los servicios de salud para la mujer pueden usar los conceptos de la entrevista motivacional para aumentar las derivaciones a servicios especializados. Tanto si disponen de 10 minutos - 30 minutos - 1 hora para la consulta, se pueden emplear estas habilidades de comunicación

Las técnicas de la entrevista motivacional no requieren mucho tiempo de utilización con la paciente. La duración y el formato de las consultas no son relevantes en la presentación de los conceptos. Además, los/las profesionales de la salud pueden usar la entrevista motivacional como una herramienta de comunicación que relaja la atmósfera y hace que las víctimas de VG se sientan cómodas durante las consultas, independientemente de la intención de los/las profesionales de aumentar las detecciones de casos de VG.

Marco de la entrevista motivacional. Los y las profesionales de la salud pueden hacer uso de la EM estableciendo una asociación colaborativa con la paciente, evocando las razones de la paciente para el cambio, enfatizando su autonomía y expresando comprensión³⁹. La EM se hace para la paciente y no hacia ella. Colaborar con la paciente facilita la confianza y ayuda a que participe en la conversación.

TABLA 5: PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

COLABORACIÓN	COMPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Colaborar con las pacientes• Considerar expertas a las pacientes• Poner en primer lugar lo que las pacientes saben de sí mismas• Explorar los intereses en lugar de persuadir• Evitar ser el experto• Evitar considerar a las pacientes receptoras pasivas• Evitar enfrentarse a las pacientes• Evitar imponer sus ideas	<ul style="list-style-type: none">• Propiciar el bienestar de las pacientes• Priorizar las necesidades de las pacientes• Aceptar las preferencias de las pacientes• Respetar las dificultades emocionales a las que las pacientes se enfrentan• Comprender las experiencias, los valores y las motivaciones de las pacientes• Evitar el juicio explícito e implícito

³⁸ Workgroup, I. P. V., "Programs and practice". (2010), p. 92-102.

³⁹ Miller, W. R., & Rollnick, S., "Motivational interviewing: Helping people change". Guilford press, (2013), p. 25-36.

EVOCACIÓN	APOYO A LA AUTONOMÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar los motivos de cambio de las pacientes • Evitar imponer sus razones para el cambio • Evitar convencer a las pacientes de la necesidad de cambiar • Evitar decirles a las pacientes qué deben hacer y por qué 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a las pacientes para realizar el cambio • Hacer que las pacientes sean responsables de sus acciones • Animar a las pacientes a desarrollar estrategias de cambio

3.2. PRINCIPIOS DE COMUNICACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS: REEE

La práctica motivacional está guiada por cuatro principios que se denominan por las siglas **REEE**⁴⁰:

- **R**esístase al reflejo de corrección,
- **E**ntienda las motivaciones de su paciente,
- **E**scuche a su paciente,
- **E**mpodere a su paciente.

R RESÍSTASE AL REFLEJO DE CORRECCIÓN

Los y las profesionales de la salud deben resistirse al reflejo de proteger a una paciente, antes de que la paciente solicite ayuda. Persuadir a la víctima de VG a que denuncie o abandone a su pareja agresiva puede tener el efecto contrario, ya que la víctima tiende a proteger a su pareja y a evitar la búsqueda de ayuda. Por otra parte, cuando los y las profesionales de la salud tratan de convencer a la víctima diciendo "Creo que usted necesita hacer algo al respecto. La situación parece mala y justed está en peligro!", la respuesta natural de la superviviente de VG es formular un contra-argumento como "Estoy bien, no es tan malo".

E ENTIENDA LAS MOTIVACIONES DE SU PACIENTE

Cuando queremos cambiar nuestras conductas, nuestras razones para cambiar están provocando un cambio de conducta. En la EM, la motivación para el cambio proviene de la paciente, no de los profesionales médicos. Por lo tanto, los y las profesionales médicos deben evocar y explorar las motivaciones de la víctima de VG para el cambio en lugar de presentar sus propias reflexiones sobre por qué la paciente debe cambiar.

E ESCUCHE A SU PACIENTE

Al escuchar hablar a las pacientes sobre el cambio, es importante hacer preguntas abiertas para obtener sus opiniones personales, aceptar los espacios de silencio y mostrar empatía.

E EMPODERE A SU PACIENTE

Explorar las ideas de las víctimas de VG sobre cómo pueden cambiar para favorecer su empoderamiento para la acción. Considerar a las pacientes como sus propias expertas para el cambio.

⁴⁰ Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS, "Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour". (2008), p. 7-10.

3.3. PREGUNTAR. ESCUCHAR. INFORMAR

Hacer las preguntas correctas

Hacer preguntas abiertas

- ¿Cómo se siente hoy?
- ¿De qué le gustaría hablar hoy?
- ¿Cómo van las cosas con su pareja?
- ¿Qué cosas le preocupan acerca de su relación?
- ¿Cuáles serían las cosas que le gustaría cambiar en su relación?

Escuchar. Siguiendo las técnicas de la EM, durante la conversación con la paciente, los/las profesionales de la salud deben pasar el 80% del tiempo escuchando y el 20% del tiempo hablando. Cuando escuchan, los/las profesionales necesitan identificar lo que la EM denomina **“lenguaje de cambio”**. El **“lenguaje de cambio”** representa el vocabulario que la paciente usa cuando expresa deseo, aptitud, razón y necesidad de un cambio. Al mismo tiempo, la paciente puede hablar de un compromiso con el cambio, activación para el cambio y tomar medidas. **DARN-CAT** es un acrónimo para recordar lo que los/las profesionales de la salud deben escuchar durante sus consultas.

Preste atención al “lenguaje del cambio”*

Lenguaje del cambio preliminar

Deseo

- “Quiero...”
- “Me gustaría...”
- “Deseo...”

Aptitud

- “Yo podría...”
- “Yo puedo...”
- “Yo podría ser capaz de...”

Razones

- “Quiero hacer esto porque...”
- “Probablemente sería mejor si...”

Necesidad

- “Yo debería...”
- “Yo tengo que...”
- “Realmente debería...”

Aplicando el lenguaje del cambio

Compromiso

- “Estoy a punto de...”
- “Voy a...”
- “Tengo intención de...”

Activación

- “Estoy lista para...”
- “Estoy preparada para...”
- “Estoy dispuesta a...”

Tomando medidas

- “Hice...”
- “Empecé a...”

*Adaptado de Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS, “Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”. (2008), p. 33.

Aunque escuchar puede parecer simple, Thomas Gordon⁴¹ indicó 12 obstáculos para la escucha que la gente usa en las conversaciones la mayor parte del tiempo. Es muy importante que los/las profesionales de la salud eviten estos obstáculos cuando hablan con sus pacientes, ya que bloquearían la conversación y reforzarían la conversación sostenida de las pacientes, es decir, su lenguaje en contra del cambio.

BLOQUEOS DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONAL DE LA SALUD Y PACIENTE

1. Ordenar, dirigir o imponer
2. Advertir o amenazar
3. Dar consejos, hacer sugerencias o proporcionar soluciones
4. Persuadir con lógica, argumentar o sermonear
5. Moralizar, predicar o decir a las pacientes lo que “deberían” hacer
6. Discrepar, juzgar, criticar o culpar
7. Acordar, aprobar o alabar
8. Humillar, ridiculizar o calificar
9. Interpretar o analizar
10. Tranquilizar, simpatizar o consolar
11. Interrogar o sondear
12. Revocar, distraer, complacer o cambiar de tema

Informar. Los y las profesionales de la salud, en su práctica diaria, suelen proporcionar información a las pacientes. Cuando se aplica la EM, la información a las pacientes es diferente, ya que los/las profesionales no se limitan a proporcionar información sino que existe un intercambio de información entre el profesional y la paciente. Antes de proporcionar información, el/la profesional ha de solicitar el permiso de la paciente. Además, después de intercambiar información, los/las profesionales sanitarios deben solicitar la opinión de las pacientes sobre lo que han hablado con ellas. Se incluye más información sobre este tema en Anexo 3, Tabla 1.

Habilidades y técnicas de Comunicación (aplicadas también fuera de la EM). AARR es un acrónimo útil para recordar las cuatro conductas básicas que los/las profesionales de la salud deben utilizar para suscitar el lenguaje del cambio. A través de preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes, los/las profesionales sanitarios guían a las pacientes para pasar de la ambivalencia sobre el cambio a la planificación del cambio y, finalmente, a las conductas del cambio. Estas cuatro habilidades deberán usarse en todas las conversaciones de EM que los/las profesionales tengan previsto tener con sus pacientes, incluso si la conversación dura sólo un par de minutos (Anexo 3, Tabla 2). Para más técnicas de comunicación que se pueden usar mientras se habla con las pacientes, véase Anexo 3, Tabla 3 (IQ-LEDGE-C).

⁴¹ Miller WR, Rollnick S, “Motivational interviewing: Helping people change”. Guilford press. (2013), p. 65.

4. PLANIFICACIÓN DE SEGURIDAD REALIZADA POR TRABAJADORES/AS SOCIALES PARA PACIENTES QUE VERBALIZAN SUFRIR VG

La seguridad de las pacientes que han experimentado VG debe estar en el centro de cualquier intervención del sector de la salud en materia de VG. Inmediatamente después de la separación, aumenta el riesgo de violencia física. Además, la mayoría de los asesinatos, los intentos de homicidio y los actos de violencia grave se cometen cuando una mujer superviviente intenta dejar a un agresor violento⁴².

Los y las profesionales de la salud tienen un papel importante que desempeñar ofreciendo la derivación a un/a trabajador/a social. Este agente de intervención en materia de VG tendrá acceso a servicios de atención especializada en VG, con los que trabajará -si el tiempo lo permite- en estrecha colaboración, realizando la valoración del riesgo y planificación de seguridad de la víctima de VG.

RECUERDE: EL RIESGO ES DINÁMICO

Lo que una paciente le dijo ayer, esta mañana o hace una hora sobre su riesgo ya puede haber cambiado varias veces. Ella puede estar en mayor o menor riesgo cada vez que usted la vea, así que pregúntele sobre el riesgo y su seguridad durante todas las reuniones o consultas

4.1. ENTENDER EL RIESGO

Factores de riesgo a tener en cuenta: (adaptado del Manual UNFPA-WAVE⁴³):

- Actos previos de violencia contra la mujer, niños/as u otros miembros de la familia, así como parejas anteriores
- Actos previos de violencia fuera de la familia
- ¿Hay o ha habido una reciente separación o divorcio?
- Actos de violencia cometidos por otros miembros de la familia utilizados para controlar a la víctima
- Posesión y/o uso de armas
- El abuso de alcohol o drogas puede desinhibir a un agresor que ya está ejerciendo la violencia
- Las amenazas siempre deben tomarse en serio. En muchos casos de mujeres asesinadas por su pareja, habían sido amenazadas reiteradamente de homicidio antes de ser asesinadas
- Celos y actitud posesiva extrema
- Conceptos y actitudes extremadamente patriarcales
- Persecución y terror psicológico (acecho), también por correo electrónico, mensaje de texto, y/o redes sociales
- Peligro para los/las niños/as, incluidas las amenazas de llevárselos, hacerles daño, matarlos
- Incumplimiento de las órdenes de protección dictadas por los tribunales

Otros posibles desencadenantes que pueden conducir a una escalada repentina de la violencia incluyen cambios en la relación, por ejemplo, cuando la mujer acepta un empleo en contra de la voluntad de la pareja, busca ayuda o solicita el divorcio.

⁴² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 83.

⁴³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 83.

4.2. REALIZACIÓN DE UNA VALORACIÓN DEL RIESGO

PROFESIONALES DE LA SALUD (MÉDICOS/AS, ENFERMERAS/OS Y MATRONAS)

La valoración de riesgo ayuda a los y las profesionales de la salud a comprender el riesgo inmediato al que se enfrentan sus pacientes. La valoración del riesgo debe basarse en la evaluación de la evolución o la escalada de la violencia, la opinión de la paciente sobre su seguridad, algunas preguntas sistemáticas sobre el comportamiento y el contexto del agresor y, finalmente, la colaboración en la atención propuesta por él/la trabajador/a social en coordinación con servicios especializados de atención a mujeres. Las siguientes preguntas se consideran apropiadas para determinar si una paciente se encuentra en una situación de riesgo inmediato y alto.

PREGUNTAS PARA HACER UNA VALORACIÓN DEL RIESGO:

- ¿Se siente segura regresando a casa?
- ¿Qué teme que le pueda pasar?
- ¿Le ha amenazado el agresor?
- ¿Hay alguna amenaza o riesgo para los/las niños/os, los/las recién nacidos/as, el feto?

Dependiendo de la respuesta a estas preguntas, el/la profesional de la salud sabrá si seguir la vía de la atención de emergencia y/o la derivación a el/la trabajador/a social.

PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL

Una evaluación del riesgo más detallada debe ser llevada a cabo por un/a trabajador/a social con experiencia (agente de atención en materia de VG, trabajador/a de apoyo, psicólogo/a) especializado/a en intervención en casos de violencia de género. Cada organización/localidad/país tendrá un formulario estándar de valoración del riesgo.

En el Reino Unido, la **Lista de Indicadores de Riesgo (RIC)⁴⁴ de SafeLives** se usa comúnmente para evaluar el riesgo de una mujer que ha sufrido VG. Consiste en una serie de preguntas realizadas por un/a profesional entrenado/a en el uso de la herramienta. Además de considerar la "puntuación" que una paciente alcanza cuando se le hacen estas preguntas, se tiene en cuenta el juicio profesional. Es esencial que la persona que hace las preguntas haya recibido una formación adecuada y entienda la dinámica de la VG. Véase la nota de pie de página nº44 para acceder al formulario.

4.3. APOYO A LA PACIENTE PARA ESTABLECER UN PLAN DE SEGURIDAD

Ante la posibilidad de violencia y abuso en el futuro, esto ayuda a la paciente a planificar con anticipación. El riesgo de VG cambia constantemente pero un plan de seguridad permite pensar en varios acontecimientos o escenarios con todos los niveles de riesgo.

- ▶ Un plan de seguridad puede ser un recurso útil
- ▶ Es una actividad dirigida por la paciente y que puede completar fuera del tiempo de consulta. La paciente puede retirar el plan de seguridad si es seguro que lo haga
- ▶ El plan incluye qué hacer en caso de emergencia, recursos de ayuda y de asesoramiento

⁴⁴ SafeLives Risk Indicator Checklist (RIC) available here:

<http://www.safelives.org.uk/sites/default/files/resources/Dash%20for%20IDVAs%20FINAL.pdf>

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJADORES/AS SOCIALES EN EL DISEÑO DE UN PLAN DE SEGURIDAD CON UNA VÍCTIMA DE VG:

Un plan de seguridad puede cubrir varias etapas y el/la trabajador/a social ha de tener tiempo para explorar los diferentes elementos con la paciente:

Seguridad durante la relación⁴⁵. Pensar en:

- Lugares a evitar cuando comienza el abuso (como la cocina, donde hay muchas armas potenciales)
- Una salida potencial de la casa si el abuso se intensifica (como una ventana/puerta desbloqueada)
- La gente a quien pedir ayuda o que sepa que están en peligro
- Pedir a los vecinos o amigos que llamen a la policía si oyen algo que sugiera que una mujer o sus hijos/as están en peligro
- Lugares para ocultar números de teléfono importantes, como números de línea de ayuda
- Cómo mantener a los niños/as seguros/as cuando comienza el abuso
- Enseñar a los/las niños/as a ponerse a salvo u obtener ayuda, tal vez llamando a la policía
- Mantener documentos personales importantes en un solo lugar para que se puedan sacar si la mujer necesita salir repentinamente
- Permitir que alguien sepa de la situación de VG para que pueda ser grabada (importante para los casos que se presenten ante los tribunales o solicitudes de inmigración, por ejemplo).

Salir en caso de emergencia. Pensar en:

- Preparar una bolsa de emergencia y ocultarla en un lugar seguro en caso de que una mujer tenga que salir con urgencia
- Planes para saber a quién llamar y a dónde ir (como una casa de acogida para víctimas de VG)
- Cosas que hay que recordar recoger, incluyendo las de los niños: documentos, medicamentos, llaves o una foto del agresor (útil para entregar junto a documentos legales).
- Acceso a una libreta de teléfonos/direcciones
- Acceso a dinero o tarjetas de crédito/débito que la mujer tal vez haya guardado
- Planes de transporte
- Planes para llevar ropa, artículos de aseo y juguetes para los/las niños/as
- Tomar cualquier prueba del abuso, como fotos, notas o detalles de los testigos.

Seguridad cuando una relación ha terminado. Pensar en:

- Datos de contacto de profesionales que pueden asesorar o dar apoyo vital
- Cambio de números de teléfono fijo y móvil
- Redes sociales y correos electrónicos: tenga en cuenta la configuración de seguridad en las redes sociales y tenga cuidado si publica algo en Facebook o Instagram. Cambiar de dirección de correo electrónico
- Cómo mantener en secreto la ubicación de ella ante su pareja si ella ha abandonado el hogar (por ejemplo, no revelar a amigos mutuos donde está)
- Conseguir una orden de protección
- Planes para hablar con los/las niños/as sobre la importancia de permanecer seguros/as
- Pedir ayuda a su empleador/a para garantizar su seguridad en el trabajo

⁴⁵ Ministerio de Sanidad. "Responding to domestic abuse: A handbook for health professional". UK, (2005).

5. PROCEDIMIENTOS PARA NOTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN

Los y las profesionales de la salud suelen ser el primer punto de contacto para las víctimas de VG. Por lo tanto, están bien posicionados/as para identificar la violencia de género y proporcionar atención sanitaria a las víctimas, y para remitirlas a otros servicios de apoyo especializados. Esto puede incluir derivaciones a otros/as profesionales de la salud dentro del mismo o en otro centro de salud; por ejemplo, a profesionales de salud mental o especialistas en VIH, y derivaciones a otros servicios, tales como casas de acogida u organizaciones que proporcionan asesoramiento psicosocial o legal. A su vez, los y las profesionales de la salud también pueden recibir derivaciones de mujeres víctimas, por ejemplo, de la policía, casas de acogida para mujeres u otros profesionales sanitario⁴⁶.

Las consultas médicas rutinarias durante el embarazo ofrecen una oportunidad esencial para la identificación, planificación de seguridad, derivación y notificación de la VG en mujeres embarazadas que están en alto riesgo durante este período vulnerable

El proyecto **RESPONSE** tiene como objetivo aumentar la detección y derivación a los servicios especializados para víctimas de la violencia de género en los centros de salud para la mujer utilizando un enfoque basado en los derechos, centrado en el género y la supervivencia. El/la profesional de los servicios de salud para la mujer (médico/a, matrona y/o enfermero/a) recibe formación sobre la identificación de la VG y colabora estrechamente con un/a trabajador/a social, que actúa como agente de intervención en materia de VG. Esta persona puede estar ubicada en servicios especializados para mujeres víctimas de VG, y así puede asegurar una vía de derivación apropiada para la víctima. Si no existen servicios especializados para mujeres en el país en cuestión, el papel de los y las profesionales sanitarios, junto con el/la trabajador/a social como agente de VG consiste en potenciar el establecimiento de normativa que apoye a las mujeres víctimas de VG dentro de su centro de salud.

5.1. CONCEPTOS BÁSICOS Y BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN

Los centros sanitarios para mujeres proporcionan condiciones favorables para desarrollar las intervenciones en VG y para las vías de atención y derivación. RESPONSE es una intervención de este tipo y proporciona formación y sensibilización, promoviendo una identificación proactiva de las mujeres que sufren violencia de género y una derivación a trabajadores/as sociales capacitados/as para apoyar a las mujeres.⁴⁷

El apoyo a las víctimas de VG ha de ser un trabajo colaborativo. RESPONSE tiene como objetivo establecer una buena alianza entre la atención sanitaria y social.

FORMACIÓN

La formación continua sobre VG debería ser obligatoria para todos los y las profesionales de la salud. A continuación se detallan algunos elementos clave.

⁴⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 87.

⁴⁷ Bewley S, Welch, J, eds., "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons. (2014), p. 103-106.

La formación debería:

- Llevarse a cabo en centros sanitarios e involucrar a todo el personal, incluyendo la recepción y los equipos auxiliares
- Ser proporcionada regularmente para asegurar que todo el personal nuevo y rotatorio esté incluido
- Ser para todo el departamento y tener la aceptación de los jefes de departamento y los líderes de equipo
- Ser desarrollada en coordinación con organizaciones especializadas en VG
- Utilizar estudios de casos y juegos de rol
- Tener en cuenta el entorno, las funciones y las responsabilidades de los y las profesionales sanitarios
- Tener en cuenta el cuestionario pre-formación con el fin de hacer coincidir mejor el mensaje con la audiencia
- Usar un aprendizaje centrado en adultos
- Evaluar los comentarios de los cuestionarios post-formación a fin de adaptar y modificar el contenido para satisfacer mejor las necesidades de los alumnos
- Considerar el desarrollo profesional continuo como un incentivo para asistir

A largo plazo, se ha de demostrar la eficacia de la formación y la reducción de la VG utilizando la intervención temprana y la prevención. Los beneficios para el servicio de salud incluirían:

- Una reducción en incidentes reiterativos y, por lo tanto, una reducción en la asistencia reiterativa
- Menos consultas
- Menos prescripción
- Beneficios a largo plazo para la salud de las pacientes
- Mejor calidad de vida
- Ahorro de costes a largo plazo para una calidad de cuidado mejorada

CREACIÓN DE VÍAS DE ATENCIÓN

- Comprobar qué servicios existen a nivel local
- ¿Qué vías de derivación existen ya? ¿Pueden apoyar convenientemente a las víctimas?
- ¿Están los/las profesionales de la salud en contacto con los servicios locales especializados o deben crearse y reforzarse estos vínculos?
- Dar ejemplos de proyectos exitosos, por ejemplo, *MeMoSa en los Países Bajos*, *MOZAIC en el Reino Unido*⁴⁸

Aportación por parte de las víctimas - escuche a las víctimas y use sus puntos de vista y experiencias en los servicios y en la atención médica para informar durante su práctica profesional. Los grupos de apoyo a las víctimas y los grupos de participación de las pacientes que se reúnen regularmente son valiosos asesores sobre las vías de atención y derivación.

Cuando se introducen nuevas formas de trabajo, es útil considerar los retos y las oportunidades que traen consigo⁴⁹.

⁴⁸ Proyecto Mozaic para el bienestar de la mujer. Disponible en: <http://www.together-uk.org/southwark-wellbeing-hub/the-directory/16111/mosaic-womens-well-project/>

⁴⁹ Bewley S, Welch, J, eds., "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons. (2014), p.103-106.

TABLA 6: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA CREAR VÍAS DE ATENCIÓN.

RETOS	OPORTUNIDADES
Convencer a los y las profesionales de la salud de que la violencia de género es un problema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> Establecer vínculos con especialistas locales en VG en sectores voluntarios e institucionales Consultar la política nacional, directrices y legislación Analizar casos de VG en reuniones clínicas Llevar a cabo una encuesta anónima sobre la violencia de género en el ámbito de atención sanitaria
Iniciar el cambio en la práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar a los/las responsables clínicos con interés en el área de la VG Vinculación con los agentes locales de protección de adultos y niños/as en todo el sector de la salud a nivel local Asegurar que el equipo interno de recursos humanos tenga una política para el personal que sufre VG Exhibir carteles sobre VG y tener folletos disponibles en áreas públicas
Desarrollar una formación adaptada a la violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar en conjunto con organizaciones locales especializadas y adaptar la formación a cada contexto específico de salud Co-facilitar la formación con los y las profesionales de la salud
Motivar a los profesionales médicos a que asistan a la formación	<ul style="list-style-type: none"> Hacer que la formación sobre VG sea obligatoria, vincularse al desarrollo profesional continuo e incluirla en la formación para la protección de adultos y niños Ofrecer formación que se adecue a las necesidades de los equipos de salud
Evaluación y seguimiento de los cambios en la práctica	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar directrices clínicas para incluir orientación sobre cómo preguntar sobre la VG de manera segura Dar detalles claros sobre cómo registrar y documentar la VG Incluir un esquema de codificación de VG en el sistema de registro de pacientes y realizar auditorías regulares Tener claras las vías de atención y de derivación para las mujeres víctimas de VG Explorar los fondos para la investigación sobre VG en servicios de salud
Mantener la intervención	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que los responsables de la salud y el personal de nivel superior y estratégico estén involucrados en todas las etapas Mantener la VG en la agenda de las reuniones clínicas Garantizar un programa continuo de formación sobre violencia de género Compartir y mantener buenas prácticas compartiendo estudios de casos y auditorías de registros de pacientes Apoyo a licitaciones para servicios de atención/intervención en materia de VG

6. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN.

RESPUESTA MULTISECTORIAL A LA VIOLENCIA

Es necesario que todos los servicios sanitarios y sociales, incluidos los de atención primaria y especializados, así como organizaciones e instituciones, reconozcan el problema de la VG, empoderando a las organizaciones de mujeres especializadas en servicios de apoyo a la VG. Cada uno de estos sectores podría tener que desarrollar su propio modelo según sus necesidades de implementación y respuesta; pero tener una respuesta multisectorial a la violencia aumentará las probabilidades de que las víctimas obtengan la ayuda que necesitan. El modelo MARAC del Reino Unido es un ejemplo de esto.⁵⁰ El MARAC es una conferencia multidisciplinar de evaluación del riesgo. Un MARAC consiste en una reunión local habitual para debatir cómo ayudar a víctimas con alto riesgo de ser asesinadas o de sufrir daños graves. Especialistas en VG, policía, servicios sociales de menores, servicios sanitarios y otras agencias relevantes trabajan de forma colaborativa para atender a la víctima. Hablan de la víctima, de la familia y del agresor, y comparten información. La reunión es confidencial. Entre todos, se redacta un plan de acción para cada víctima. Trabajan mejor cuando cada uno de los implicados entiende su tarea y el procedimiento a seguir. (Ver la nota a pie de página para acceder al modelo)

NORMAS PARA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA VIOLENCIA DE GÉNERO CON ARREGLO AL ARTÍCULO 18 DEL CONVENIO DE ESTAMBUL⁵¹

Los servicios se basan en una comprensión de género de la violencia contra las mujeres y se centran en los derechos humanos y la seguridad de las víctimas.

Los servicios se basan en un enfoque integrado que tiene en cuenta la relación entre las víctimas, los agresores, los niños y su entorno social en general.

Los servicios tienen como objetivo evitar la victimización secundaria

Los servicios tienen como objetivo el empoderamiento y la independencia económica de las mujeres víctimas de la violencia.

Los servicios permiten, en su caso, que una serie de servicios de protección y apoyo se sitúen en el mismo espacio.

Los servicios deberían estar disponibles y abordar las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables, incluidos las víctimas infantiles.

6.1. SENSIBILIZACIÓN Y DEFENSA EN EL ÁMBITO POLÍTICO

Un trabajo anterior sobre sensibilización e incidencia política, el proyecto IMPLEMENT – *recomendaciones políticas y marcos legales de la UE*⁵² lleva a la elaboración de recomendaciones políticas para mejorar el apoyo especializado a víctimas de violencia de género (VG) en los sistemas de atención sanitaria por toda Europa, en concordancia con las regulaciones y recomendaciones existentes, especialmente el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia doméstica y la violencia contra la mujer, también conocido como el Convenio de Estambul. El Convenio, específicamente establece en el artículo 15 – Formación de profesionales⁵³:

⁵⁰ Safe Lives, Multi-Agency Risk Assessment Conferences (MARAC) Model. (2013), disponible en: <http://www.safelives.org.uk/sites/default/files/resources/MARAC%20FAQs%20General%20FINAL.pdf>

⁵¹ UNFPA-WAVE “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia”. (2014), p. 57.

⁵² Project IMPLEMENT. “Recomendaciones de política de la UE y marcos legales”. (2017), desarrollado como parte de la línea de trabajo 3, disponible en: <http://gbv-implement-health.eu/>

⁵³ Consejo de Europa, “Convenio sobre prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica”, Convenio de Estambul, (2011) ratificado in 2014, <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

1. Las Partes proporcionarán o fortalecerán una formación apropiada para los profesionales de relevancia que traten con víctimas o agresores de cualquier acto de violencia contemplado en este Convenio, en la prevención y detección de tal violencia, igualdad entre mujeres y hombres, las necesidades y derechos de las víctimas, además de cómo prevenir la victimización secundaria.
2. Las Partes fomentarán que la formación a la que se refiere el párrafo 1 incluya formación en cooperación multisectorial coordinada para permitir que las derivaciones en los casos de violencia contemplados en este Convenio se lleven a cabo de forma integral y apropiada.

Para aumentar la colaboración multisectorial, es necesario especificar en las políticas de la UE, nacionales y/o institucionales el papel del personal sanitario en la prevención y lucha contra la VG y proporcionar una lista de «profesionales de relevancia» (p.ej. profesionales de la salud, médicos generales, matronas, equipos obstétricos, personal de urgencias) que requieran formación en cómo identificar y apoyar a víctimas de violencia de género.

TABLA 7: PAUTAS PARA LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN EL ARTÍCULO 15⁵⁴ DEL CONVENIO DE ESTAMBUL Y RECOMENDACIONES DE IMPLEMENT⁵⁵

INCREMENTAR LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	
National	<p>Nivel político</p> <p>Promover los marcos legales específicos para combatir la VG, con un artículo que especifique el inicio y la continuación de la educación para profesionales de la salud que entren en contacto con posibles víctimas. Los ejemplos de esto en la Unión Europea incluyen: Francia: la ley del 4 de agosto de 2014 'Ley de la igualdad real de género' (LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes) es un enfoque multidimensional para abordar las desigualdades entre mujeres y hombres, especialmente en el artículo 51.⁵⁶</p> <p>Crear, implementar y monitorizar un plan de acción nacional para combatir la VG. Dicho plan debe incluir un artículo específico para otorgar poder al sector sanitario y a los y las profesionales sanitarios para que informen y derivar casos de VG forme parte de su evaluación rutinaria para promover respuestas de prevención temprana contra la violencia. Estas actividades deben estar apoyadas por una formación continua en identificación y apoyo a las víctimas de VG en el ámbito de la salud.</p>
	<p>Nivel organizativo</p> <p>Crear un comité interministerial para coordinar las actividades políticas nacionales relacionadas con la lucha contra la VG a través de los ministerios más relevantes: salud, educación, investigación, asuntos sociales y justicia. Ésta es una manera esencial de asegurar el cumplimiento de las medidas tomadas y de que la prevención de la violencia esté integrada en las políticas sanitarias, sociales y educativas para promover la igualdad de género y la igualdad social. Este comité deberá tener un presupuesto específico, y será responsable de la implementación del Plan de Acción Nacional de VG a nivel nacional. Dicho comité se ha creado en Francia, "Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)".⁵⁷</p>

⁵⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia". (2014), p. 57.

⁵⁵ Proyecto IMPLEMENT. "Recomendaciones de política de la UE y marcos legales". (2017), desarrollado como parte de la línea de trabajo 3, disponible en: <http://gbv-implement-health.eu/>

⁵⁶ Ley francesa sobre violencia de género, violencia doméstica y sus consecuencias para los niños, (2010) Loi 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants

⁵⁷ MIPROF, disponible en: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/actions-dispositifs-interministeriels/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences>

Servicios de salud para la mujer	Nivel educativo	<p>La formación de los profesionales sanitarios debe estar integrada en los marcos oficiales, especialmente a nivel nacional. La formación de los profesionales sanitarios depende de la existencia de capacidades y recursos, o del desarrollo de los mismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción de módulos de formación obligatorios en el currículum de médicos/enfermeras/matronas y preguntas relacionadas con la VG en los exámenes de medicina; 2. Proponer módulos específicos de formación para los cursos de educación continua que sean de obligado seguimiento para médicos/as, enfermeros/as y matronas; 3. Proponer un plan de formación para profesionales de la salud y herramientas pedagógicas (películas, folletos, etc.); 4. Aprobar créditos de educación continua para la formación de profesionales sanitarios; 5. Ofrecer un número de teléfono nacional que sirva de guía a los y las profesionales de la salud que están en contacto con víctimas potenciales de VG; 6. Publicar regularmente artículos informativos acerca del papel de los profesionales de la salud que combaten la VG en el centro de salud, en revistas relacionadas o periódicos para aumentar la concienciación.
	Nivel político	<p>La identificación y derivación de víctimas de VG a los servicios especializados deberán ser estipuladas y específicamente indicadas en las políticas y procedimientos de los centros sanitarios, p.ej. Manual del hospital.</p>
	Nivel organizativo	<p>Movilizar a los grandes centros de salud (p.ej. hospitales, clínicas) a que establezcan «Grupos de protección a las víctimas» o «Persona de referencia» para facilitar la provisión de servicios especializados para víctimas de VG. Ejemplo: En Austria, se llama a un equipo de profesionales sanitarios que ha recibido formación (obstetras, personal de urgencias, matronas, etc.) a atender a cualquier víctima potencial de VG y apoyarla a la hora de su derivación a los servicios policiales y servicios de apoyo especializados tales como un centro especializado de intervención o una casa de acogida para mujeres (más detalles en la sección 6.2 a continuación)</p>
	Nivel educativo	<p>Cada centro médico debe lograr la disponibilidad de las herramientas locales para mejorar la detección y derivación de mujeres como víctimas de VG a los servicios de apoyo especializados. Tales ejemplos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la formación de médicos/as, enfermeros/as y matronas a nivel departamental/hospitalario y garantizar un manual de formación con varios módulos (ver manual de formación IMPLEMENT, www.gbv-implement-health.eu); • Una herramienta fundamental de referencia a la que puedan acudir doctores, residentes e internos/as para prácticas clínicas⁵⁸; • Implementar sesiones de formación para que los centros de salud puedan aumentar la concienciación de cómo los y las profesionales sanitarios pueden cambiar la situación en la lucha contra la VG en los centros de salud

58 Blank K, Rosslhumer M, "IMPLEMENT Manual de formación sobre violencia de género para profesionales de la salud". (2015), p. 62.

6.2. GRUPOS DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS

A nivel local, lo ideal sería que la identificación y derivación de víctimas de VG a los servicios especializados estuviesen estipuladas y específicamente indicadas en las políticas y procedimientos de los centros sanitarios, p.ej. Manual del hospital. Si esto fuese obligatorio, se movilizaría a los grandes centros sanitarios (p.ej. hospitales, clínicas) a establecer "Grupos de protección a las víctimas". Esta práctica se ha establecido en centros hospitalarios en los que se llama a un equipo de profesionales sanitarios que ha recibido formación (obstetras, personal de urgencias, matronas, etc.) a atender a cualquier víctima potencial de VG y a apoyarla a la hora de su derivación a los servicios policiales y servicios de apoyo especializados tales como un centro especializado de intervención o una casa de acogida para mujeres.

TABLA 8: ESTUDIO DE UN CASO AUSTRIACO: GRUPOS DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

Desde principios de 2011 hay un mandato legal⁵⁹ en Austria, para proporcionar grupos de protección a las víctimas en centros de salud. Según la ley, los centros de salud deben disponer de grupos de protección a las víctimas tanto para niños/as como para adultos. Uno de los componentes clave es identificar los signos tempranos de la VG y cualquier sospecha de violencia para fortalecer la concienciación del personal en el ámbito de la VG.

El grupo deberá ser de, al menos, dos especialistas del departamento de urgencias y de ginecología, así como enfermeros/as y un/a coordinador/a responsable de los tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos del hospital.

Papel de los Grupos de Protección a las Víctimas:

- Que las víctimas de violencia de género reciban un apoyo apropiado.
- Todo el personal clínico está invitado a participar en las iniciativas de formación y educación sobre la VG.
- Un trabajo intensificado de múltiples organismos y la cooperación de los sectores de medicina y enfermería, grupos de protección a las víctimas, casas de acogida para mujeres, policía y médicos colegiados.
- Recursos financieros y personales regulados para incrementar la protección a las víctimas y promover la divulgación de la VG.

Los centros de salud están obligados a remitir a las afectadas por VG al grupo de protección a las víctimas. Los grupos tienen la responsabilidad de realizar pruebas de detección de VG y, en particular, de sensibilizar a los/las diferentes especialistas sanitarios acerca del impacto y los efectos de la VG. Esta ley ha sido una mejora importante para el apoyo a las víctimas de la VG que requieren apoyo en los centros de salud.

Con este marco legal del sistema sanitario, Austria cumple con el Consejo de Europa, el "Convenio para la Prevención de la Violencia Contra la Mujer y la Violencia Doméstica", el Convenio de Estambul⁶⁰, que dice, en resumen, en el artículo 15 que:

- Deberá existir formación y educación para los miembros de los grupos profesionales que trabajen con las víctimas con el fin de prevenir y detectar la violencia, promover la igualdad de género y los derechos y necesidades de las víctimas para prevenir la victimización secundaria;
- La formación debe ser de multisectorial y debe apoyar el trabajo en equipo para crear caminos sencillos entre los servicios de salud y los especializados en atención a la VG.

⁵⁹ Ley federal austriaca para la implementación de las víctimas de la violencia de género en los sistemas públicos de asistencia sanitaria, (2010), Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr.61/2010/ KAKuG 2010

⁶⁰ Consejo de Europa, "Convenio sobre prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica", Convenio de Estambul, (2011) y ratificado en 2014, <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>, [Austria ratificó el Convenio de Estambul en 2013].

6.3. MARCO DEL PROYECTO RESPONSE

El estudio FRA a escala de la UE sobre violencia contra la mujer⁶¹ descubrió que entre las encuestadas que estaban embarazadas durante su relación de pareja y que habían experimentado violencia dentro de la relación, el 20% de las víctimas de violencia por parte de sus parejas actuales y el 42% de las víctimas de violencia por parte de parejas anteriores, declaró que durante el embarazo sufría también violencia física o sexual. Además, lo más probable es que un/a profesional de la salud sea el primer contacto profesional de una víctima de VG, y si la mujer verbaliza su situación, a menudo es con profesionales sanitarios⁶². A fin de aumentar la cooperación multisectorial y multidisciplinaria en los servicios de maternidad para reducir los casos de omisión de VG en centros de maternidad durante los seguimientos rutinarios del embarazo, el marco del proyecto RESPONSE propone que haya al menos un grupo de agentes implicados formado por: una entidad/organización principal, una clínica de la salud (o de maternidad) que ofrezca servicios médicos a mujeres y una institución pública formando un equipo. El marco del proyecto RESPONSE se centra en prestación de atención médica a pacientes que puedan ser víctimas de VG.

El marco está diseñado para centrarse en la paciente/víctima involucrando a los diferentes agentes interesados. La cooperación entre organizaciones puede cambiar profundamente la detección/derivación de mujeres víctimas de VG. El modelo aspira a integrar la VG en los servicios médicos de atención a la mujer con el apoyo de diferentes organizaciones. También es de vital importancia establecer directrices de cómo controlar situaciones y temas que impliquen la acción de múltiples instituciones, como en el modelo propuesto en la sección. Es importante que los participantes^{63,64}:

- ▶ Entiendan el fenómeno de la violencia y su espiral;
- ▶ Reconozcan las manifestaciones de trauma;
- ▶ Investiguen de forma rutinaria a todas las pacientes acerca de la violencia;
- ▶ Realicen seguimientos de conducta;
- ▶ Cooperen con otros profesionales y expertos;
- ▶ Compartan recursos y tengan metas comunes en lo relacionado a la VG;
- ▶ Intercambien información y actividades en temas de VG

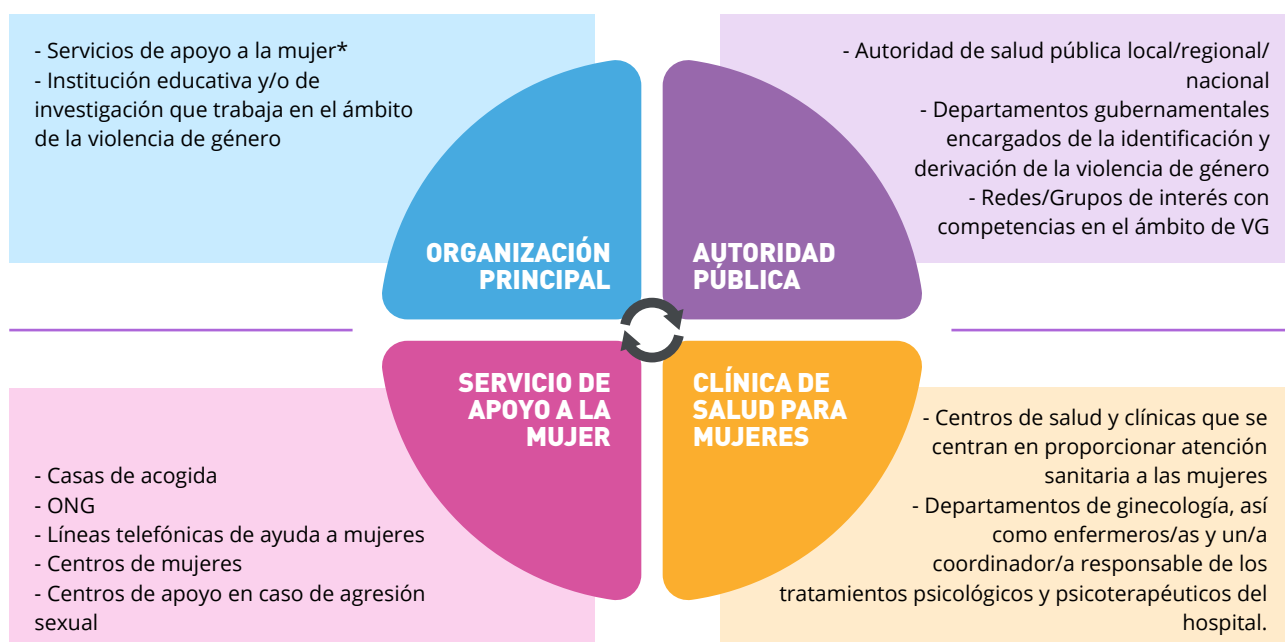
⁶¹ Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (FRA). "Violencia contra mujeres: Un estudio a escala de la UE". Bruselas, FRA. (2014), p. 46.

⁶² Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (FRA). "Violencia contra mujeres: Un estudio a escala de la UE". Bruselas, FRA. (2014), p. 20.

⁶³ PRO TRAIN, "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme". (2007-2009), p. 3.

⁶⁴ UNICEF, "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings". (2010), p. 110.

* Si la institución principal es el servicio de apoyo a la mujer, el modelo propuesto tiene tres pilares importantes. Por otra parte, como la mayoría de los establecimientos tienen pocos recursos, cada establecimiento sanitario que desee aplicar este modelo debe comenzar por utilizar los tres pilares principales para construir su enfoque multisectorial.



“Una cooperación multisectorial satisfactoria aumenta la probabilidad de que las mujeres tomen conciencia de los servicios puestos a su disposición en su propia comunidad, lo que ayuda en la concienciación y aumenta las posibilidades de que las mujeres informen de su situación de VG”

Cuanto mayor sea la cooperación y la formación especializada entre el sector de la salud, la policía, los tribunales y las organizaciones de mujeres, mayor será la probabilidad de que las mujeres conozcan mejor los servicios disponibles, y que también tengan más confianza en las capacidades de estos servicios para satisfacer sus necesidades.^{65, 66}

OCHO ETAPAS PARA ESTABLECER LA COOPERACIÓN⁶⁷:

- ▶ Creación de una filosofía compartida de cooperación, junto con principios y objetivos: seguridad de las víctimas, responsabilidad del agresor y evitación de la culpa de la víctima
- ▶ Creación de procedimientos acordados: sensibilidad con las experiencias de la víctima
- ▶ Monitorear/rastrear casos para asegurar la responsabilidad de los y las profesionales: aclarar las funciones de cada grupo profesional
- ▶ Coordinación en el intercambio de información entre profesionales: desarrollar el entendimiento mutuo de las reglas de confidencialidad e información
- ▶ Proporcionar recursos y servicios a las víctimas
- ▶ Desarrollar acciones para prevenir el daño a los niños/as y desarrollar el trabajo terapéutico respecto a las experiencias traumáticas de los niños/as
- ▶ Formación continua

⁶⁵ FRA, “Violencia contra mujeres: Un estudio a escala de la UE”. Bruselas, FRA. (2014), p. 70.

⁶⁶ Blank K, Rosslhumer M, “IMPLEMENT Manual de formación sobre violencia de género para profesionales de la salud”. (2015), p. 38

⁶⁷ PRO TRAIN “Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme”. (2007-2009), módulo 5.

7. EVALUACIÓN

Para cualquier intervención de ayuda a las víctimas de la VG es fundamental tener un componente de evaluación para evaluar el impacto de la intervención, en este caso una formación en el centro sanitario, y para determinar si ha cambiado la situación. Típicamente, una evaluación tiene dos partes, la primera es la evaluación del **proceso** (qué se hizo y cómo) y la segunda es la evaluación del **resultado** (qué diferencia ha marcado el proyecto). Es importante recoger indicadores para cada parte. **Idealmente, usted desea comparar el trabajo que está realizando en un centro sanitario concreto (se denomina centro sanitario en formación), con un centro sanitario similar que no recibe actualmente ninguna intervención o formación (denominado centro sanitario de control).**

Indicadores de procedimientos para seminarios de desarrollo de capacidades y formación:

1. Formulario de evaluación de la formación para evaluar los comentarios/feedback de los participantes/asistentes a la formación (ver páginas siguientes).
2. Cuestionario de preparación para el profesional sanitario (ver páginas siguientes) completado antes y después de la formación para determinar el cambio en la clínica en formación.

Indicadores del resultado para seminarios de desarrollo de capacidades y formación: 3 períodos para la recopilación de datos. En la clínica en formación: Punto de partida 0 (4 semanas antes o al inicio de la formación), 4 semanas después de la formación, 6 meses después de la formación:

- a. Número total de contactos de pacientes en la clínica en formación en las últimas 4 semanas
- b. Número de pacientes con las que el profesional sanitario habló de VG en las últimas 4 semanas
- c. Número de pacientes identificadas como víctimas de violencia de género en las últimas 4 semanas en la clínica en formación
- d. Evaluación de riesgo realizada a pacientes en las últimas 4 semanas en la clínica en formación
- e. Número de pacientes derivadas a servicios de apoyo en las últimas 4 semanas en la clínica en formación

En la clínica de control: Punto de partida 0 (4 semanas antes de que se realice la formación en la clínica en formación), 4 semanas después de la formación realizada en la clínica en formación, 6 meses después de la formación realizada en la clínica de en formación:

- a. Número total de contactos de pacientes en la clínica de control en las últimas 4 semanas
- b. Número de pacientes identificadas como víctimas de violencia de género en las últimas 4 semanas en la clínica de control
- c. Número de pacientes derivadas a servicios de apoyo en las últimas 4 semanas en la clínica de control

Etapa 1. Identificar las clínicas; tanto las clínicas en formación como las de control pueden ser clínicas de maternidad, de cuidado prenatal, un departamento de obstetricia y ginecología o una clínica de salud para la mujer. Las clínicas deben ser similares en número de pacientes y con respecto a la situación económica de las pacientes,

Etapa 2. Recopilar datos de partida, indicadores de ambas clínicas (clínica de formación y clínica de control),

Etapa 3. Impartir la formación a profesionales de la salud en el centro sanitario de formación. Tras realizar la evaluación comparando las dos clínicas después de 6 meses, se recomienda ofrecer la formación también a la clínica de control.

En las siguientes páginas se proporciona una lista de verificación del proceso de evaluación, un formulario y un cuestionario previo y posterior a la formación para ayudar en el proceso de evaluación.

Lista de verificación de RESPONSE para implementadores del programa

Actividad de Evaluación	√ = Completada
<p>1. Clínica en formación identificada en el área de la salud obstétrica/ ginecológica/prenatal o de salud de la mujer</p>	
<p>2. Clínica de control identificada, similar en el n.º de pacientes atendidas por día, y número de profesionales de la salud</p>	
<p>3. Datos basales antes de la formación, datos recopilados en ambas clínicas:</p> <p>Clínica en formación: últimas 4 semanas:</p> <p>N.º total de pacientes en la clínica en las últimas 4 semanas ____</p> <p>N.º de pacientes con las que el/la profesional habló sobre violencia ____</p> <p>N.º de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____</p> <p>N.º de derivaciones ____</p> <p>N.º de valoraciones del riesgo y planes de seguridad ____</p> <p>Clínica de control: últimas 4 semanas:</p> <p>N.º total de pacientes en la clínica ____</p> <p>N.º total de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____</p> <p>N.º de derivaciones ____</p>	
<p>4. Formación completada: al menos 1 formación, 4 horas con al menos 30 profesionales sanitarios</p> <p>Fecha de la formación: _____</p> <p>Duración de la formación: _____ (horas)</p> <p>N.º de participantes: _____ (un mínimo de 30)</p> <p>N.º de cuestionarios pre-formación cumplimentados: _____</p> <p>N.º de cuestionarios post-formación cumplimentados: _____</p> <p>Número de horas de reuniones de seguimiento realizadas: ____ (mínimo 3 horas)</p>	

5. Cuatro semanas después de la formación, datos recopilados en ambas clínicas:

Clínica en formación: últimas 4 semanas

N.º total de pacientes en la clínica ____

N.º de pacientes con las que el profesional sanitario habló sobre violencia ____

N.º de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____

N.º de valoraciones del riesgo y planes de seguridad ____

N.º de derivaciones ____

Clínica de control: últimas 4 semanas

N.º de pacientes en la clínica ____

N.º de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____

N.º de derivaciones ____

6. Seis meses después de la formación, datos recopilados en ambas clínicas:

Clínica en formación: últimas 4 semanas

N.º total de pacientes en la clínica ____

N.º de pacientes con las que el/la profesional habló sobre violencia ____

N.º de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____

N.º de valoraciones del riesgo y planes de seguridad ____

N.º de derivaciones ____

Clínica de control: últimas 4 semanas

N.º total de pacientes en la clínica ____

N.º de pacientes identificadas como víctimas de violencia ____

N.º de derivaciones ____

Formulario de evaluación de la formación de RESPONSE⁶⁸

1. ¿Cómo evaluaría la formación en general, en una escala del 1 al 10? _____

1 - nada satisfecho

10 - muy satisfecho

2. Por favor, evalúe los siguientes aspectos de la formación

	Sí, mucho	En cierto modo, sí	No, más bien no	No, en absoluto
La formación estaba bien estructurada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asignó un tiempo apropiado a cada módulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo para el debate fue suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los folletos y materiales fueron útiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formación fue de interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formación beneficiará mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendaría la formación a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Cómo evalúa el desempeño de los/las formadores/as?

	Sí, mucho	En cierto modo, sí	No, más bien no	No, en absoluto
Me pareció que los/las formadores/as fueron competentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pareció que los/las formadores/as velaban por una buena interacción y el intercambio con y entre los participantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pareció que los/las formadores/as tenían buenas habilidades de presentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendaría a los/las formadores/as para formaciones similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁶⁸ Adaptado del formulario de evaluación de IMPLEMENT: Blank K, Rosslhumer M, "IMPLEMENT Manual de formación sobre violencia de género para profesionales de la salud". (2015), disponible en: www.gbv-implement-health.eu

4. ¿Cómo evalúa la organización/logística general de la formación?

	Excelente	Buena	No tan buena	Pobre
Lugar de la formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descansos, almuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar del evento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún comentario o sugerencia para mejorar la formación?

¡Muchas gracias por apoyar esta evaluación!

RESPONSE Cuestionario pre y post-formación⁶⁹

Es importante recopilar opiniones y comentarios de los/las participantes a esta formación. Al decirnos lo que piensa, podemos cerciorarnos de que la formación que ofrecemos se adapta a sus necesidades y requerimientos. La información que usted proporciona es confidencial y usted no tiene que poner su nombre en el formulario.

1. ¿Cuál es su profesión? Por favor marque

- Médico/a
- Enfermero/a
- Matrona
- Trabajador/a social
- Psicólogo/a
- Otro, especifique _____

2. ¿Ha recibido formación previa sobre violencia de género (daño físico o sexual, psicológico o económico a las mujeres, incluyendo amenazas de estos actos, coacción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o en la vida privada)?

- No No sabe Sí _____ Número total de horas estimado

3. En qué medida se considera preparado/a para,

Marque el número que mejor describa la medida en que usted se siente preparadola

1 = no preparado/a 2 = ligeramente 3 = moderadamente 4 = bastante bien 5 = bien preparado

3.1 Hacer preguntas para lograr información de una situación de VG por parte de las pacientes

- 1 2 3 4 5

3.2 Responder de forma apropiada a la información de una experiencia de violencia de género por parte de las pacientes

- 1 2 3 4 5

3.3 Identificar los signos y síntomas asociados a la violencia de género basados en la historia clínica y el examen físico

- 1 2 3 4 5

3.4 Realizar una evaluación del riesgo a una paciente

- 1 2 3 4 5

3.5 Documentar la historia de la violencia y los resultados del examen físico en el historial de la paciente

- 1 2 3 4 5

3.6 Hacer la derivación apropiada para una paciente

- 1 2 3 4 5

⁶⁹ Adaptado de Physician Readiness to Manage Partner Violence Survey (PREMIS): Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. "A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence". Am J Prev Med. (2006), 30 (2), p. 173-180.

II. ANEXO FORMACIÓN

ANEXO 1. Ejercicios y estudio de casos

1. EJERCICIO CONTINUO⁷⁰

En grupo, póngase de pie y escuche las siguientes afirmaciones, que serán leídas en voz alta por los/las formadores/as. Un lado de la sala representa “Estoy totalmente de acuerdo con la afirmación”, mientras que el otro lado de la sala representa “Estoy muy en desacuerdo con la afirmación”. Los/las participantes deciden en qué punto de la línea entre “muy de acuerdo” y “muy en desacuerdo” quieren posicionarse cuando se lea cada una de las afirmaciones. A continuación, el/la formador/a pide a los/las participantes que expliquen por qué están posicionados/as donde están, e invita a un debate después de cada una de las afirmaciones.

- Ella le provocó - se lo merecía/lo pidió.
- Hay muchos factores a tener en cuenta antes de terminar una relación abusiva o de marcharse. No es útil decirle a una paciente que debe “marcharse simplemente”.
- Esto sólo ocurre en las familias con ingresos escasos/clase trabajadora.
- Es debido a su infancia - creció en un hogar violento.
- Los servicios de apoyo a la violencia de género ayudan a las mujeres que sufren VG y abuso a tomar decisiones y explorar opciones. No están allí para rescatar a la gente.
- Él tiene un problema para controlar su temperamento y/o sólo lo hace cuando está borracho.
- Hay muchas opciones para las mujeres que sufren VG y abuso.
- Las mujeres de algunas comunidades son pasivas y se amoldan a la cultura y la religión dominadas por hombres con duras tradiciones (que pueden incluir golpear, mutilar y matar a la esposa).
- Ella debe quedarse (o marcharse) por el bien de los/las niños/as.
- No tiene sentido tratar de ayudar porque las mujeres siempre regresan.

2. EJERCICIO “RUEDA DE PODER Y CONTROL MÉDICOE”⁷¹

El grupo se divide en dos. Se entrega la “rueda de poder y control médico” incompleta a un grupo, y la “rueda de apoyo” incompleta al otro grupo. Cada grupo debe rellenar la rueda según sus conocimientos.

El grupo con la “rueda de poder y control” debe evaluar cómo la respuesta de el/la profesional sanitario puede confabularse con el agresor, restar poder a la víctima, impedir que la superviviente busque apoyo, etc. El grupo debe proporcionar ejemplos para completar un par de segmentos de la rueda, por ejemplo, compartir información sin su consentimiento, sugiriendo hablar con la pareja agresiva/miembro de la familia, etc. El grupo con la “rueda de apoyo” debe evaluar cómo la respuesta de el/la profesional sanitario puede apoyar, ayudar y capacitar a la víctima para buscar apoyo. El grupo debe proporcionar ejemplos para completar un par de segmentos de la rueda, por ejemplo, escuchando, ofreciendo una derivación, etc. Cada grupo debe dar su opinión sobre un par de segmentos antes de entregar las versiones completadas de ambas ruedas.

⁷⁰ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

⁷¹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¿PARTE DEL PROBLEMA?

IRIS Workbook

PODER Y CONTROL MÉDICO



¿O PARTE DE LA SOLUCIÓN?

IRIS Workbook

APOYO MÉDICO



Las ruedas completadas se muestran a continuación. Una de las cosas a tener en cuenta es la importancia de las palabras que utilizamos en nuestra respuesta a las pacientes, ya que pueden propiciar una información o indicar de forma involuntaria complicidad con el agresor. Esto significa que todos podemos ser parte del problema o parte de la solución.

PELIGRO CADA VEZ MAYOR - AUMENTO DEL “ATRAPAMIENTO”



3. EJERCICIOS DE ESTUDIO DE CASOS

Estudio de caso 1

“La clínica de salud sexual”: Divídanse en grupos de 3: una persona es la paciente, otra el/la responsable de clínica y la tercera es el/la observador/a. Por favor, adopte el rol que figura en la hoja de papel que se le entrega y siga las instrucciones.

Historia clínica de una mujer afectada por VG que se presenta en una clínica de salud sexual con 34 años de edad

- Vive con su pareja (desde hace dos años) y tiene un niño de un año
 - Asiste para recibir asesoramiento sobre anticoncepción
 - Su pareja quiere que tenga relaciones sexuales sin preservativo
 - Él insiste en que si ella lo ama no hay necesidad de usar preservativo y que no le gustan los preservativos
 - En dos ocasiones le ha dado una bofetada en la cara
 - Siente que es su culpa, ya que le molestó gritando — era su manera de calmarla
 - Está segura de que su hijo estaba dormido y no oyó nada
 - No quisiera avisar a la policía, ya que siente que no es necesario
 - Siente miedo de decirle a su pareja que prefiere seguir usando preservativos
 - Incertidumbre sobre opciones y apoyo
 - Asuntos relacionados con la protección de los niños/as y los servicios sociales
-

Juego de rol:

Intro: Este ejercicio no es para generar consultas perfectas, sino para aprender en un ambiente seguro (por lo que las consultas “imperfectas” son igualmente valiosas).

El foco está en que usted y su paciente se sientan cómodas, por tanto, si usted formula una pregunta con la que la paciente se siente incómoda, esto sería una experiencia de aprendizaje importante.

Por favor, divídanse en grupos de tres, y decidan quién es el/la profesional de la salud (es decir, médico/a, enfermero/a, matrona), la paciente y el/la observador/a.

A cada uno de ustedes se les dará una hoja de papel que les indique su rol, el escenario clínico y la tarea en la que nos gustaría que se concentraran en el juego de roles.

Tómense unos minutos para leer su tarea, y luego vamos a hacer el juego de roles durante 5-10 minutos, con un debate al final de unos 5-10 minutos (1er debate en grupos pequeños, luego en un grupo grande).

Cada observador/a tomará notas.

Ninguno sabe cuáles son las tareas de los demás.

Para el/la observador/a:

Por favor, tome notas sobre las siguientes preguntas que nos gustaría que tratara de responder:

- ¿Cuánto tiempo dedica el/la profesional sanitario a escuchar/hacer preguntas? ¿Cuáles son las preguntas específicas que se usan para preguntar acerca de la violencia de género?
- ¿Son preguntas abiertas o cerradas?
- ¿Las marcaría en rojo/ámbar/verde? El rojo es una pregunta que no se debe utilizar, el ámbar es una pregunta que se puede usar y el verde es una buena pregunta para preguntar sobre violencia de género.

Para el/la profesional de la salud:

Usted es un/a médico que ve a una mujer de forma rutinaria en una clínica de salud sexual que acude para un asesoramiento de anticoncepción. Usted está revisando su formulario electrónico y le pregunta acerca de los preservativos. Ella dice que su pareja no le permite usar preservativos. A continuación, comienza a pensar si preguntarle sobre VG y abuso.

Durante este juego de roles, piense en:

- ¿Qué cree que ha funcionado bien?
- ¿Qué ha funcionado peor?
- ¿Cómo lo cambiaría en el futuro?

Para la paciente:

Usted es una mujer de 34 años con 1 hijo (un año de edad).

Ha estado con su pareja durante dos años. Ama a su pareja y acude para un asesoramiento de anticoncepción. Usted ha estado usando preservativos desde que tuvo a su hijo, pero su pareja ahora insiste en que si lo ama no hay necesidad de usarlos, porque no le gustan.

Ha habido dos ocasiones en que su pareja se ha enfadado -le dio una bofetada en la cara-. Usted siente que esto fue culpa suya, ya que en ambas ocasiones lo había molestado y había gritado. En ambas ocasiones, después del incidente, él se disculpó. Usted está segura de que su hijo estaba dormido y no oyó nada. Además, usted cree que estas cosas suceden algunas veces.

No ha hablado con nadie de esto.

Durante este juego de roles, piense en:

- ¿Cómo se sintió?
- ¿Qué le hizo sentirse cómoda?
- ¿Qué le hizo sentirse incómoda?

Fuente: ADVISE training (Assessing for Domestic Violence in Sexual Health Environments), East London, UK, 2015

Estudio de caso 2

Lean en pequeños grupos los siguientes estudios de casos. Para cada estudio de casos y cada mujer, analice:

- El impacto de la violencia en su salud emocional.
- El impacto de la violencia en su salud física.
- El impacto de la violencia en su salud sexual
- El impacto de la violencia en sus relaciones fuera de la familia inmediata.
 - Identifique cualquier preocupación relativa a su protección
 - Identifique los puntos de contacto con los/las profesionales sanitarios y si se podría ofrecer una derivación a un/a trabajador/a social
 - Determine cuándo, durante su función clínica, ha tenido como paciente a una posible víctima de VG, lo que le hubiera preguntado para iniciar una conversación sobre la VG y qué apoyo le habría ofrecido.

Ejemplo 1

Alicia es una mujer asiática de 35 años. Está casada con Carlos desde hace 12 años. Tienen tres hijos, de diez, seis y dos años de edad. Alicia fue secretaria, pero no trabaja desde que nació su primer hijo. Carlos es programador informático. Alicia ha experimentado abusos por parte de Carlos durante todo su matrimonio. Es un hombre dominante, y le gusta ser responsable de los asuntos familiares. Como único sostén de la familia, siempre ha controlado las finanzas de la familia, restringiendo la cantidad de dinero disponible para Alicia para compras del hogar y artículos para los niños. Alicia siempre ha pensado que le gustaría volver al trabajo, pero ahora le falta confianza en sus habilidades. Esto se ha agravado por la actitud negativa de Carlos hacia ella, diciendo que nadie la empleará, que es una inútil, y que, en todo caso, su trabajo consiste en quedarse en el domicilio y cuidar de la casa y los niños. Carlos puede ser muy temperamental e impredecible en su comportamiento hacia Alicia. Ella constantemente se siente ansiosa por complacerlo, y siente que está “caminando sobre huevos” todo el tiempo. Carlos siempre está criticando a Alicia y no le gusta que salga de casa, con excepción de llevar a los niños a la escuela y volver a recogerlos. Carlos es muy exigente sexualmente.

Ejemplo 2

Ángela va a tener su primer bebé. Tiene 22 años y ahora está embarazada de ocho meses. Ha vivido con su pareja, Luis, durante dos años. Tienen un amplio círculo familiar en la ciudad donde viven, y varios amigos. Ángela describe su relación como “inestable, con algunas discusiones, pero siempre lo volvemos a intentar de nuevo”. Desde que Ángela se quedó embarazada, Luis ha empezado a ser agresivo con ella. Esto ha supuesto dos incidentes importantes de violencia física. Luis pateó a Ángela en el estómago cuando ella estaba embarazada de 22 semanas, provocándole sangrado vaginal. Anoche empujó a Ángela por las escaleras. Se siente magullada y mareada. Ángela se perdió muchas citas de cuidado prenatal, ya que a Luis no le gusta que asista. Ángela está muy asustada de lo que pueda pasar a continuación y se preocupa por su bebé nonato.

Ejemplo 3

Diana tiene 39 años y ha estado casada con Juan durante 20 años. Tienen tres hijos, de 20, 18 y 15 años de edad. Diana ha sufrido violencia grave durante su matrimonio; dos veces ha sido ingresada en el hospital debido a lesiones físicas. En una ocasión dijo que había estado decorando el piso y se había caído de una escalera; se había roto dos costillas, dislocado un hombro, y tenía hematomas extensos. En otra ocasión, Juan golpeó su cabeza contra una pared, haciendo que ella perdiera la conciencia. Fue ingresada en el hospital con una lesión en la cabeza. El año pasado, Diana tomó una sobredosis de antidepresivos que su médico de cabecera le había prescrito para su depresión. Ahora ha sido derivada a enfermería psiquiátrica de la comunidad para asesoramiento.

Ejemplo 4

Sonia tiene 34 años y tiene tres hijos de 13, 10 y 3 años de edad. Está embarazada. Su pareja, Antonio, le ha dicho que no pueden tener más hijos y que había que interrumpir el embarazo. Dice que, si no lo hace él, la echará de la casa y se quedará con los niños. Sonia no va a abortar. Tiene su primera cita con la matrona y está alterada y agotada. Nunca ha habido violencia física dirigida contra ella, pero Antonio ha roto una ventana en la casa, es verbalmente agresivo y constantemente humilla a Sonia frente a los niños, amigos y familiares. Sonia dice que es seguro ir a casa, ya que Antonio hoy estará fuera de casa hasta tarde, pero ella quiere irse de casa con los niños y no quiere ver a Antonio.

EJERCICIO 4. EJERCICIOS PARA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL*

Estudio de casos: Uso de la Entrevista Motivacional al hablar con las pacientes [versión 1 con narración]

El estudio de caso es una adaptación de “Domestic Abuse Training Manual for Health Practitioners”, HEVAN (2007). El texto original se modificó para integrar el Capítulo 4 sobre Habilidades para la Entrevista Motivacional. En parejas, lean el siguiente diálogo de una conversación entre una mujer y su matrona, ginecólogo/a, enfermero/a. Destaque los puntos de buena práctica que ha manifestado el/la profesional. Considere el lenguaje utilizado, la forma en que el/la profesional formula las preguntas y cómo maneja y guía la conversación.

Ana con un/a profesional de la salud

La conversación de la entrevista motivacional comienza ENVOLVIENDO a la mujer en la conversación. A los y las profesionales sanitarios se les recomienda NO empezar a hablar de violencia sin establecer una relación de colaboración con la mujer. Para establecer la confianza y la colaboración con la paciente, los/las profesionales pueden hacer una o dos preguntas sencillas:

¿Cómo se siente hoy?
¿Cómo han ido las cosas últimamente?

Después de formular una o ambas preguntas, los/las profesionales deben continuar las respuestas de las pacientes con una reflexión.

Profesional de la salud: Hola Ana. Gracias por venir a la consulta. ¿Cómo se siente hoy?

Ana: ¡Hola! Me siento bien.

Profesional de la salud: Es bueno oír eso. Parece que las cosas le van bien. (reflexión)

Ana: ¡Sí, gracias!

Antes de hablar de violencia es obligatorio PEDIRLE PERMISO a la mujer para hablar de violencia. A los profesionales médicos se les recomienda NO empezar a hablar de violencia sin preguntarle a la mujer si está de acuerdo con la conversación.

Profesional de la salud: Es muy importante que todas las pacientes que accedan a nuestros servicios, tengan la oportunidad de hablar sobre su experiencia de violencia doméstica, porque la VG es muy común y puede empeorar durante el embarazo. Bueno, ¿le parece bien si centramos la conversación un poco en la VG? (Pidiendo permiso) Respetamos en todo momento la confidencialidad de lo que usted nos dice, y la única excepción a eso es si usted decide contarnos que un menor está siendo perjudicado.

Ana: Sí, está bien.

Profesional de la salud: ¿Querría hablar de sus sentimientos de miedo o de sufrir violencia por parte de alguien cercano a usted? (Pidiendo permiso)

Ana: Bueno, creo que Marc ha estado bajo mucha tensión en el trabajo recientemente, pero últimamente está siendo un poco demasiado.

Profesional de la salud: Suena como si usted también estuviera bajo demasiada tensión. ¿Cómo ha sido su conducta en casa? (Reflejando sentimientos, tratando de extraer información mediante preguntas abiertas, centrándose en Ana)

Ana: Bueno, pensé que lo habíamos solucionado. Después de que naciera Sam, Marc comenzó a ser agresivo y me golpeó unas cuantas veces. No ha vuelto a pasar desde hace casi un año y honestamente

pensé que no iba a volver a ser así. Pero la semana pasada se puso furioso porque yo había estado todo el día con una amiga y no había preparado la comida. Me dio un puñetazo en el estómago. Estaba aterrada.

Profesional de la salud: Usted pasó por una situación tan difícil la semana pasada... (Una reflexión para expresar empatía) No había forma de que pudiera prever eso, ya que no había pasado nada durante más de un año. Le pilló por sorpresa. (Afirmación para normalizar la reacción de la mujer para evitar la auto-culpa) Eso es tan atemorizante. (Reflexión) ¿Me podría decir qué pasó después de eso? (Pidiendo permiso y pregunta abierta)

Ana: Se fue y empecé a preguntarme si debía ir a alojarme en casa de mi madre. De todos modos, iba a ir más tarde a recoger a Sara y tenía miedo de lo que él podría hacer a continuación. Pero no me quedé y cuando él volvió, se disculpó. Desde entonces, ha estado mucho mejor, como con menos ansiedad. No parecía suceder nada malo, así que lo dejé estar.

Profesional de la salud: Aunque no aprueba su conducta, ya que sabe que es peligrosa para usted y para Sara, decidió no dejarlo. (Reflexión de doble cara - para plantear la ambivalencia acerca de hacer algo con respecto a la situación) El hecho de que él estuviera tan arrepentido le hizo encontrar excusas para su actitud y dejar las cosas como están. (Reflexión) ¿Y qué siente ahora al respecto? (Pregunta abierta)

Ana: Estoy muy confusa. Seguí fingiendo que no estaba sucediendo, pero ahora me estoy preguntando qué estoy haciendo mal para provocarlo.

Profesional de la salud: Se está preguntando si es su culpa, pero realmente no tiene la culpa. Nadie merece ser golpeado o tener que vivir con miedo. (Reflexión + afirmación - Reconociendo su sentimiento de culpa propia pero siguiéndola con el mensaje de que no es su culpa)

Ana: Pero realmente lo amo y antes solíamos entendernos muy bien. Ojalá ahora fuera así.

Profesional de la salud: Está sintiendo un fuerte conflicto interior. Por un lado se siente asustada y a veces ha querido marcharse, y por el otro, quiere quedarse y que las cosas vuelvan a estar como estaban antes. (Reflexión de doble cara para empatizar con el estado de Ana y el conflicto en el que se encuentra; esto le ayuda a Ana a llevar sus pensamientos un paso hacia adelante)

Ana: Me pregunto si las cosas pueden ser igual que antes.

Profesional de la salud: Usted haría cualquier cosa para hacer las cosas volvieran a ser como antes, pero

En este punto, la conversación entre el profesional sanitario y la mujer debe centrarse en lo que la mujer hizo hasta ahora y lo que piensa con respecto a la situación. La conversación debe centrarse en lo que la mujer desea hacer, cuáles son sus planes para abordar la situación y qué podría ponerlos en riesgo. El profesional médico solo está guiando la conversación a través de reflexiones y preguntas abiertas, sin asesorar a la mujer. En algunos casos, es necesario PROPORCIONAR INFORMACIÓN, ya que algunas mujeres se encuentran indefensas. Se permite proporcionar información en dos situaciones:

1. Si la mujer pide ayuda
2. Si el profesional médico le pide permiso para compartir información, si observa que la mujer no es capaz de generar ninguna solución

usted sabe que aceptar su conducta no es una opción a largo plazo. (Reflexión) ¿Qué le gustaría hacer con respecto a esta situación? (Pregunta abierta)

Profesional de la salud: ¿Le gustaría que le diera alguna información sobre qué tipo de ayuda está disponible para usted?

Ana: Sí, podría ser bueno saberlo. Supongo que sí.

Profesional de la salud: Bien, a veces puede ayudar hablar de cómo uno se siente y tenemos un profesional que usted puede ver y que puede pasar más tiempo con usted. Usted puede trabajar con esta persona para resolver sentimientos confusos y le puede apoyar en todo lo que usted decida hacer. Entonces, si su compañero vuelve a ser violento, hay varias opciones. Siempre puede llamar a la policía para que le ayude en esa situación porque usted sabe que es ilegal que él le golpee. (Suministro de información, empoderamiento, reforzando que ella está al frente)

Ana: No creo que pueda hacerle eso a Marc.

Profesional de la salud: Es una decisión difícil hacer eso y espero que nunca tenga que hacerlo (reflexión). Si usted todavía está interesada en otros servicios de apoyo, también existe el servicio local especializado en VG si desea hablar con alguien por teléfono en cualquier momento, o si alguna vez tiene que marcharse a toda prisa y necesita un lugar para quedarse. Puede ponerse en contacto con ellos incluso si no está pensando en marcharse de inmediato, solo para estar en contacto para que reciba apoyo. Hay algunos números aquí en este folleto. ¿Sería seguro para usted coger un folleto o prefiere apuntar los números? (Suministro de información, preocupación por la seguridad)

Ana: Los apuntaré de forma codificada, ya que no quiero que Marc sepa que he hablado de esto.

Profesional de la salud: En este momento, se siente más cómoda apuntándolos de forma codificada (Reflexión). A veces también es bueno tener las cosas listas, en caso de que alguna vez tenga que salir con prisa, cosas como documentos importantes, medicinas, juguetes para Sara, etc. (Información para prepararse para una crisis y salir)

Ana: Sí, eso parece una buena idea.

Profesional de la salud: Por otro lado, Ana, ¿le parecería bien si habláramos un poco sobre Sara? (Centrando la conversación en la niña y pidiendo permiso)

Ana: Sí, está bien.

Profesional de la salud: ¿Cree que puede estar en riesgo de sufrir algún daño por parte de Marc? ¿Estaba ella alguna vez presente cuando le golpeó? (Pregunta clara y directa sobre la seguridad de la niña)

Ana: No, afortunadamente ella no estaba cerca y no vio lo que pasó. Estoy bastante segura de que no le haría daño. Sabe, creo que me gustaría ver al asesor porque no puedo creer que esto me está pasando a mí.

Profesional de la salud: ¿Le gustaría usar el teléfono para concertar una cita? (Ana asiente con la cabeza). Ana, ¿le parece bien que anote lo que usted me comentó en las notas sobre su caso?

Ana: No, no quiero que nadie más lo sepa. Me siento muy avergonzada. No quiero que lo apunte.

Profesional de la salud: No quiere que la gente lo sepa ahora, pero podría ser importante para usted en el futuro tener un registro, especialmente si alguna vez decide tomar una acción legal o necesita solicitar alojamiento. Y mis notas son completamente confidenciales, es decir, nadie puede acceder a ellas además de mí, sin su consentimiento. (Si la mujer solicita más explicaciones, el profesional médico debe explicar las razones del registro y le vuelve a asegurar su confidencialidad)

Ana: Oh, ya veo; bueno, supongo que si usted está seguro de que nadie va a averiguarlo y si me puede ayudar, entonces tal vez debería hacerlo.

El Profesional de la salud (1) recibe una descripción detallada de lo que le sucedió la semana pasada en las propias palabras de Ana, (2) registra los acontecimientos anteriores que Ana recuerda y (3) le pide a Ana que compruebe lo que ha escrito y luego pone las fechas y lo firma.

Profesional de la salud: Esto le sucede a muchas mujeres y no es su culpa. (Afirmación - normalizar los sentimientos de la mujer) Lo importante es que obtenga el apoyo que necesita. Siempre que lo necesite, llámeme o venga a verme en cualquier momento.

Estudio de casos: Uso de la EM al comunicarse con las pacientes [versión 2 con narración]

En parejas, lean el siguiente diálogo de una conversación entre una mujer y su matrona/ginecólogo/ Profesional de la salud. Destaque los puntos de buena práctica que ha manifestado el clínico. Considere el lenguaje utilizado, la forma en que el clínico formula las preguntas y cómo maneja y guía la conversación.

Ana con un Profesional de la salud/ginecólogo/matrona

Profesional de la salud: Hola Ana. Gracias por venir a la consulta. ¿Cómo se siente hoy?

Ana: ¡Hola! Me siento bien.

Profesional de la salud: Es bueno oír esto. Parece que las cosas le van bien.

Ana: ¡Sí, gracias!

Profesional de la salud: Es muy importante que todas las pacientes que accedan a nuestros servicios tengan la oportunidad de hablar sobre su experiencia de VG, porque la violencia de género es muy común y puede empeorar durante el embarazo. Bueno, ¿le parece bien si centramos la conversación un poco en la VG? Respetamos en todo momento la confidencialidad de lo que usted nos dice, y la única excepción a eso es si usted decide contarnos que un menor está siendo perjudicado.

Ana: Sí, está bien.

Profesional de la salud: ¿Querría hablar de sus sentimientos de miedo o de estar sufriendo violencia por parte de alguien cercano a usted?

Ana: Bueno, creo que Marc ha estado bajo mucha tensión en el trabajo recientemente, pero últimamente está siendo un poco demasiado.

Profesional de la salud: Suena como si usted también estuviera bajo demasiada tensión. ¿Cómo ha sido su conducta en casa?

Ana: Bueno, pensé que lo habíamos solucionado. Después de que naciera Sam, Marc comenzó a ser agresivo y me golpeó unas cuantas veces. No ha vuelto a pasar desde hace casi un año y honestamente pensé que no iba a volver a ser así. Pero la semana pasada se puso furioso porque yo había estado todo el día con una amiga y no había preparado la comida. Me dio un puñetazo en el estómago. Estaba aterrada.

Profesional de la salud: Usted pasó por una situación tan difícil la semana pasada. No había forma de que pudiera prever eso, ya que no había pasado nada durante más de un año. Le pilló por sorpresa. Eso es tan atemorizante. ¿Me podría decir qué pasó después de eso?

Ana: Se fue y empecé a preguntarme si debía ir a quedarme en casa de mi madre. De todos modos, iba a ir más tarde a recoger a Sara y tenía miedo de lo que él podría hacer a continuación. Pero no me quedé

y cuando él volvió, se disculpó. Desde entonces, ha estado mucho mejor, como con menos ansiedad. No parecía suceder nada malo, así que lo dejé estar.

Profesional de la salud: Aunque no aprueba su conducta, porque sabe que es peligroso para usted y para Sara, decidió no dejarlo. El hecho de que él estuviera tan arrepentido le hizo encontrar excusas para él y dejar las cosas como están. ¿Y qué siente ahora al respecto?

Ana: Estoy muy confusa. Seguí fingiendo que no estaba sucediendo, pero ahora me estoy preguntando qué estoy haciendo mal para provocarlo..

Profesional de la salud: Se está preguntando si es su culpa, pero realmente usted no tiene la culpa. Nadie merece ser golpeado o tener que vivir con miedo.

Ana: Pero realmente lo amo y antes solíamos entendernos muy bien. Ojalá ahora fuera así.

Profesional de la salud: Está sintiendo un fuerte conflicto interior. Por un lado se siente asustada y a veces ha querido marcharse, y por el otro, quiere quedarse y que las cosas vuelvan a como estaban antes.

Ana: Me pregunto si las cosas pueden volver a ser igual que antes.

Profesional de la salud: Usted haría cualquier cosa para hacer las cosas volvieran a ser como antes pero usted sabe que aceptar su conducta no es una opción a largo plazo. ¿Qué le gustaría hacer con respecto a esta situación?

Profesional de la salud: ¿Le gustaría que le diera alguna información sobre qué tipo de ayuda está disponible para usted?

Ana: Sí, podría ser bueno saberlo. Supongo que sí.

Profesional de la salud: Bien, a veces puede ayudar hablar de cómo uno se siente y tenemos un profesional que usted puede ver y que puede pasar más tiempo con usted. Usted puede trabajar con esta persona para resolver sentimientos confusos y puede apoyarle en todo lo que usted decida hacer. Si su compañero vuelve a ser violento hay varias opciones. Siempre puede llamar a la policía para que le ayude en esa situación porque usted sabe que es ilegal que él le golpee.

Ana: No creo que pueda hacerle eso a Marc.

Profesional de la salud: Es una decisión difícil y espero que nunca tenga que hacerlo. Si usted todavía está interesada en otros servicios de apoyo, también existe el servicio local especializado en VG si desea hablar con alguien por teléfono en cualquier momento, o si alguna vez tiene que marcharse a toda prisa y necesita un lugar para quedarse. Puede ponerse en contacto con ellos incluso si no está pensando en marcharse de inmediato, solo para estar en contacto para que reciba apoyo. Hay algunos números aquí en este folleto. ¿Sería seguro para usted coger un folleto o prefiere apuntar los números?

Ana: Los apuntaré de forma codificada, ya que no quiero que Marc sepa que he hablado de esto.

Profesional de la salud: En este momento, se siente más cómoda apuntándolos de forma codificada (reflexión). A veces también es bueno tener las cosas listas, en caso de que alguna vez tenga que salir con prisa, cosas como documentos importantes, medicinas, juguetes para Sara, etc.

Ana: Sí, eso parece una buena idea.

Profesional de la salud: Por otro lado, Ana, ¿le parecería bien si habláramos un poco sobre Sara?

Ana: Sí, está bien.

Profesional de la salud: ¿Cree que puede estar en riesgo de sufrir algún daño por parte de Marc? ¿Estaba ella alguna vez presente cuando le golpeó?

Ana: No, afortunadamente ella no estaba cerca y no vio lo que pasó. Estoy bastante segura de que no le haría daño. Sabe, creo que me gustaría ver al profesional porque no puedo creer que esto me esté pasando a mí.

Profesional de la salud: ¿Le gustaría usar el teléfono para concertar una cita? Ana, ¿le parece bien que anote lo que usted me comentó en las notas sobre su caso?

Ana: No, no quiero que nadie más lo sepa. Me siento muy avergonzada. No quiero que lo apunte.

Profesional de la salud: No quiere que la gente lo sepa ahora, pero podría ser importante para usted en el futuro tener un registro, especialmente si alguna vez decide tomar una acción legal o necesita solicitar alojamiento. Y sus notas son completamente confidenciales, es decir, nadie puede acceder a ellas además de mí, sin su consentimiento.

Ana: Oh, ya veo; bueno, supongo que si usted está seguro de que nadie va a averiguarlo y si me puede ayudar, entonces tal vez debería hacerlo.

Profesional de la salud: Esto le sucede a muchas mujeres y no es su culpa. Lo importante es que obtenga el apoyo que necesita. Siempre que lo necesite, llámeme o venga a verme en cualquier momento.

*El estudio del caso fue adaptado de Domestic Abuse Training Manual for Health Practitioners, HEVAN (2007). El texto original fue modificado para integrar las habilidades de la entrevista motivacional detallada en el Capítulo 3.

5. INDICADORES DE RIESGO Y PLANIFICACIÓN DE SEGURIDAD⁷²

Indicadores de riesgo

Lista de comprobación de indicadores de riesgo comunes, conocida como SPECSS+ (de sus siglas en inglés)

- ▶ **Separación** – ¿la víctima se fue recientemente/planea irse?
- ▶ **Embarazo** – ¿está la mujer embarazada ahora o ha dado a luz en las últimas seis semanas?
- ▶ **Escalada** – ¿está empeorando la violencia o está ocurriendo más a menudo?
- ▶ **Problemas/sensibilidad/aislamiento de tipo cultural** – ¿existen problemas específicos?
- ▶ **Acecho** – ¿es acosada o amenazada por alguien, especialmente por una expareja? (Incluye correos electrónicos/ mensajes de texto)
- ▶ **Agresión sexual** – ¿ha denunciado una agresión sexual como parte del abuso?
- ▶ **Otros factores de riesgo actuales**
 - Pensamientos suicidas
 - Pensamientos homicidas
 - Amenazas de matar a la paciente u otro (s) miembro (s) de la familia
 - Violencia hacia la mascota familiar
 - Acceso a armas
 - Consumo de alcohol y drogas
 - Historial de agresión

Plan de seguridad

Un plan de seguridad puede cubrir etapas

Seguridad durante la relación

- Lugares a evitar cuando comienza la violencia (como la cocina, donde hay muchas armas potenciales)
- Una salida potencial de la casa si la violencia se intensifica (como una ventana/ puerta desbloqueada)
- Gente a quien pedir ayuda o que sepa que están en peligro
- Pedir a los vecinos o amigos que llamen a la policía si oyen algo que sugiera que una mujer o sus hijos/as están en peligro.
- Lugares para ocultar números de teléfono importantes, como números de líneas telefónicas de ayuda.
- Cómo mantener a los/las niños/as seguros/as cuando comienza la violencia.
- Enseñar a los/las niños/as a ponerse a salvo u obtener ayuda, tal vez llamando a la policía.
- Mantener documentos personales importantes en un solo lugar para que se puedan sacar si una mujer necesita salir repentinamente.
- Permitir que alguien sepa de la violencia para que pueda ser registrada (importante para los casos que se presenten ante los tribunales o solicitudes de inmigración, por ejemplo)

⁷² IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

Salir en caso de emergencia

- Preparar una bolsa de emergencia y ocultarla en un lugar seguro
- Planes para saber a quién llamar y dónde ir (como una casa de acogida para víctimas de VG)
- Cosas que hay que recordar llevarse, incluyendo las de los niños: documentos, medicamentos, llaves o una foto del agresor (útil para entregar con documentos legales)
- Acceso a una libreta de teléfonos/ direcciones
- Acceso a dinero o tarjetas de crédito/ débito que la mujer tal vez haya guardado
- Planes de transporte
- Planes para llevar ropa, artículos de aseo y juguetes para los niños
- Recoger cualquier prueba de la violencia, como fotos, notas o detalles de los testigos

Seguridad cuando una relación ha terminado

- Datos de contacto de profesionales que pueden asesorar o dar apoyo vital
- Cambios de número de teléfono fijo y móvil
- Cómo mantener en secreto la ubicación de ella ante su pareja si ella ha abandonado el hogar (por ejemplo, no revelar a los amigos mutuos dónde está)
- Conseguir una orden de protección
- Planes para hablar con los/las niños/as sobre la importancia de permanecer seguros/as
- Pedir ayuda a su empleador/a para garantizar su seguridad en el trabajo

5.1. EJEMPLO DE FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN DE SEGURIDAD⁷³

Sugerencias para incrementar la seguridad durante la relación

- Tendré números de teléfono importantes para mis hijos/as y para mí.
- Puedo informar a ___ y a ___ sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos sospechosos que proceden de mi casa.
- Si abandono mi hogar puedo ir a (apuntar cuatro lugares) ____
- Puedo dejar dinero extra, llaves del coche, ropa y copias de documentos con ____ .
- Cuando me vaya voy a llevarme ____
- Por razones de seguridad e independencia puedo llevar siempre monedas para llamadas telefónicas, asegurarme de que mi teléfono está cargado, utilizar una alarma de pánico, abrir mi propia cuenta de ahorros, cambiar mis rutas de ___ / a ___, ensayar mi ruta de escape con una persona de apoyo, y revisar el plan de seguridad.

Sugerencias para incrementar la seguridad cuando la relación ha terminado

- Puedo: cambiar las cerraduras; instalar puertas de acero/ metal, un sistema de seguridad, detectores de humo y un sistema de iluminación exterior
- Voy a informar a ___ y ___ de que mi pareja ya no vive conmigo y pedirles que llamen a la policía si le localizan cerca de mi hogar o de mis hijos/as
- A las personas que cuidan de mis hijos/as les diré nombres de aquellos que tienen permiso para recogerlos
- Las personas que tienen permiso son _____ y _____.
- Puedo hablar a _____ en el trabajo sobre mi situación y pedirle a _____ que pregunte quien me llama por teléfono antes de pasarme la llamada

⁷³ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Puedo evitar tiendas, bancos y _____ a los que solía ir cuando vivía con mi compañero maltratador. Puedo cambiar mi ruta de _____ a _____.
- Si me siento mal y dispuesta a regresar a una situación potencialmente abusiva, puedo llamar a _____ para pedir ayuda. Puedo cambiar la ruta y/o los horarios de mis citas _____ en el servicio de _____ o acudir al servicio de _____ como alternativa.
- Números de teléfono importantes:
 - Policía _____
 - Línea de ayuda telefónica _____
 - Amigos _____
 - Refugio _____

Lista de objetos que debo llevar

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Certificado de nacimiento personal y de los/las hijos/as • Libro de prestaciones sociales • Tarjetas médicas • Tarjeta telefónica, móvil o monedas para un teléfono • Dinero, libretas bancarias, tarjeta de crédito • Llaves casa/ coche/ oficina • Llaves de la casa de un amigo o pariente • Medicamentos o fármacos • Permiso de conducir • Ropa de repuesto • Pasaportes, documentos del Ministerio del Interior, | <ul style="list-style-type: none"> • permisos de trabajo, etc • Documentos de divorcio • Contratos de arrendamiento/ alquiler, escritura • Cartera hipotecaria, cuentas corrientes pendientes de pago y facturas • Documentos de seguros • Libretas de direcciones • Cuadros, joyas y artículos con valor sentimental • Los juguetes y/o mantas favoritas de los niños • Cualquier prueba de la agresión, notas, grabaciones, diario, números de referencia de delitos, nombres y números profesionales |
|--|--|

En caso de emergencia, llame siempre a la policía o al 112

6. EJERCICIO PARA EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL ¿QUÉ DEBO HACER Y CUANDO?...⁷⁴

En grupo, explique lo que haría en las siguientes situaciones:

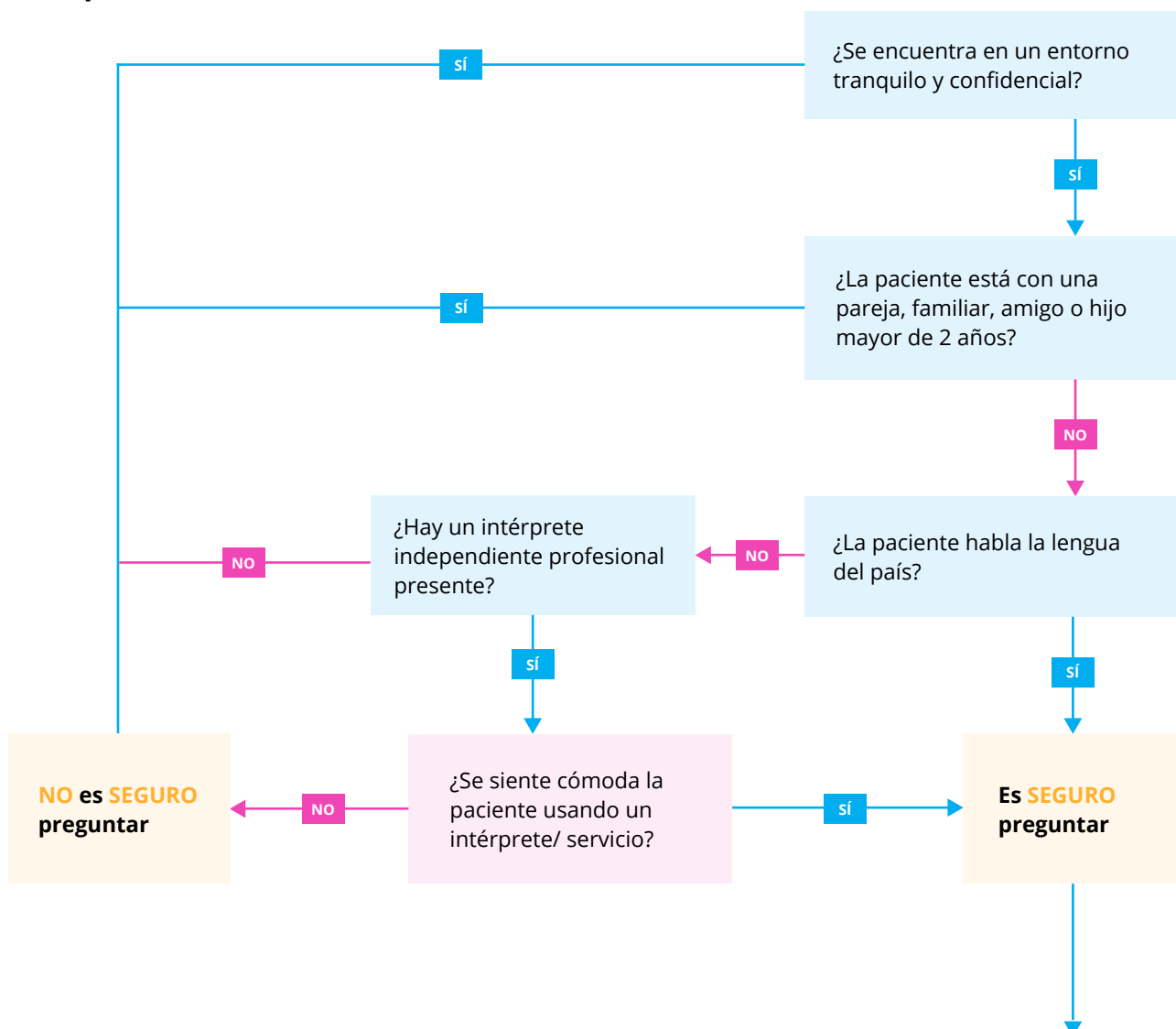
1. Una mujer acepta reunirse con usted pero no quiere hablar durante la reunión y se sienta en silencio.
2. Una mujer está enfadada y empieza a gritarle.
3. Una mujer le dice que nadie puede ayudarla, que nunca cambiará nada, y que ella lo ha pasado muy mal.
4. Una mujer pregunta si usted puede hablar con su marido y convencerle para que él hable con el médico.
5. Una mujer llega a su reunión pero, sin duda, ha bebido mucho.
6. Una mujer acude a la reunión con sus hijos de 4 y 6 años.
7. Una mujer llega y está acompañada por su pareja.
8. Una mujer llama antes de la reunión para decir que todo está solucionado y que no precisa ayuda.

⁷⁴ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

ANEXO 2. LA RESPUESTA DEL SECTOR SANITARIO A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

¿Cuándo es seguro preguntar a las pacientes sobre la VG?

EMPEZAR



Explicar la confidencialidad

La información puede ser compartida si:

- La paciente da su consentimiento
- Existe la obligación legal de compartir información (ejemplo: orden judicial)
- Es en beneficio del interés público (incluyendo la salvaguarda de los/las hijos/as)

No informar a su pareja de la conversación sobre VG

¿Cómo preguntar por la VG?

- Tomar la iniciativa para preguntar sobre la violencia
- Explicar la confidencialidad
- Usar contacto visual y ser consciente del lenguaje corporal
- Usar comentarios de apoyo y evitar la escucha pasiva
- Mostrar una actitud comprensiva y sin prejuicios
- Reafirmar que la VG no puede tolerarse
- Ser paciente, y no presionar a la paciente a informar de la VG
- Enfatizar que hay otras opciones y recursos disponibles

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN

Nombre de la persona que deriva
Nombre de la organización que deriva
Información de contacto de la persona que deriva

Ejemplos de Preguntas Introductorias

- “Por experiencia, sé que muchas mujeres sufren abusos y violencia en casa. ¿Esto te está ocurriendo a ti?”
- “Muchas de las pacientes que veo se enfrentan a relaciones abusivas. Esto puede ser atemorizante y hacerte sentir incómoda al hablar de ello. ¿Alguna vez has sufrido violencia o abuso de tu pareja?”

Ejemplos de Preguntas Directas

- “Me preocupa que tus síntomas hayan sido causados por alguien que te esté haciendo daño. ¿Hay alguien que te haya estado haciendo daño?”
- “Por experiencia, sabemos que las pacientes pueden tener este tipo de dolencia debido a un ataque físico. ¿Esto te ha pasado a ti?”
- “¿Tu pareja/ex-pareja o un miembro adulto de la familia te ha humillado o amenazado?”
- “¿Tienes miedo a tu pareja, ex-pareja o a un miembro adulto de la familia?”
- “¿Alguna vez tu pareja ha tratado de coartar tu libertad o de impedirte hacer las cosas que eran importantes para ti?”

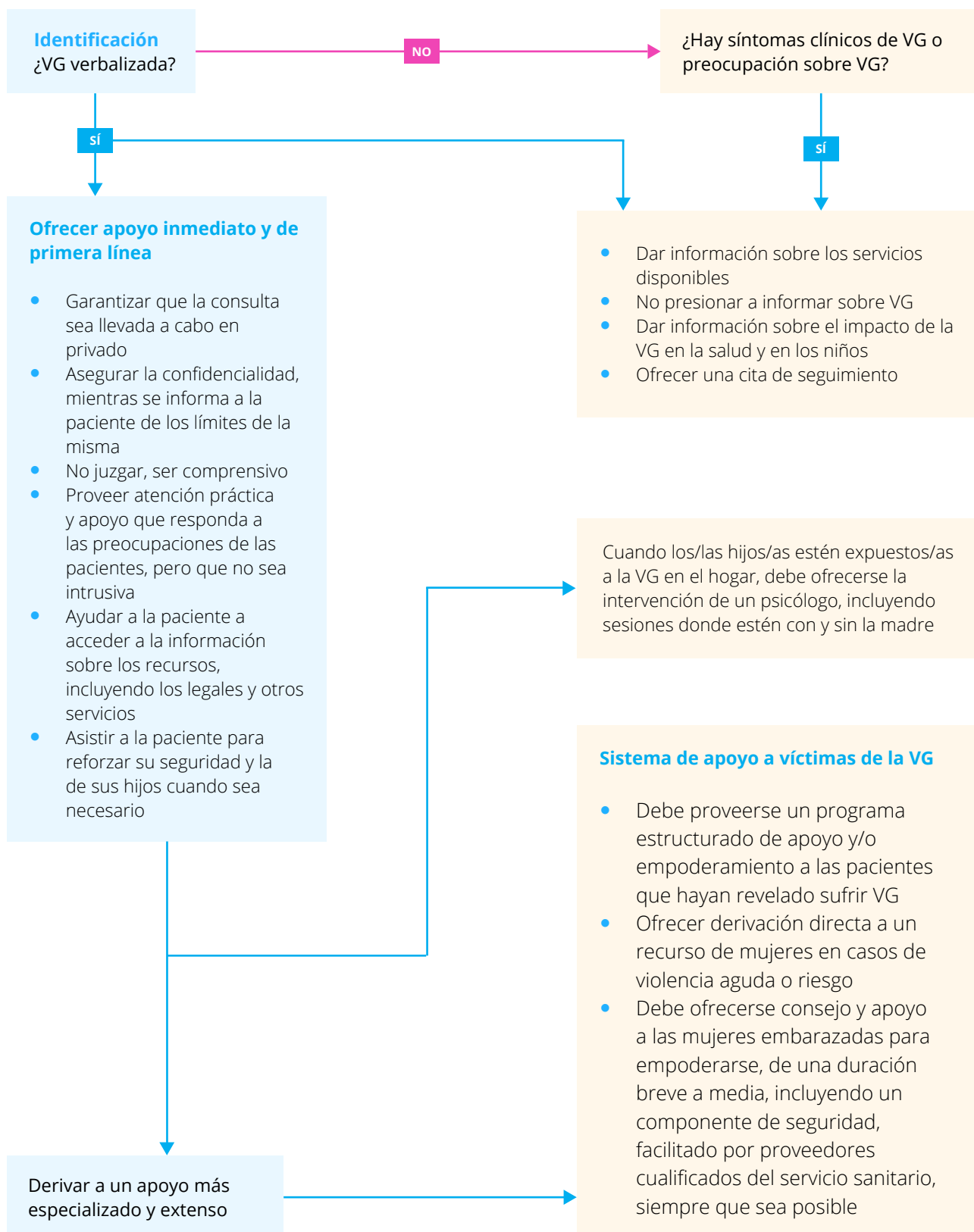
Seguridad en el sistema sanitario

- El personal está informado sobre cómo proceder en casos de violencia aguda, incluyendo cómo preguntar a la mujer si está sufriendo VG en su entorno privado
- Planes de seguridad para empleados/as
- La información sobre prevención y apoyo está disponible y completada
- Se concientia a los/las empleados/as sobre la discreción en la distribución de la información; ninguna información debe ser entregada al agresor - garantizar la confidencialidad
- Sistema de derivación en curso

Fuente: Proyecto IMPLEMENT, Blank K, Rosslhumer M, “IMPLEMENT Manual de formación sobre violencia de género para profesionales de la salud”. (2015), disponible en www.gbv-implement-health.eu

LA RESPUESTA DEL SECTOR SANITARIO A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A LA VG



¿QUÉ DEBE REGISTRARSE?

- Información demográfica (p.ej. nombre, edad, sexo, hijos/as en el hogar)
- Consentimiento obtenido
- Historia (p.ej. médica y ginecológica con relevancia, si corresponde)
- Identificación del abuso o la violencia
- Resultados del examen físico (si corresponde)
- Tests y resultados de los mismos (si corresponde)
- Plan de gestión
- Registro de la derivación o del rechazo de la paciente a la derivación

SEÑALES DE ALARMA ASOCIADAS CON LA VG

- Síntomas de depresión, ansiedad, TEPT, trastornos del sueño
- Comportamientos suicidas o autodestructivos
- Abuso de alcohol y otras sustancias
- Síntomas crónicos en el sistema gastrointestinal sin explicación
- Síntomas en el sistema reproductivo, incluyendo dolor y disfunción sexual, sin explicación
- Efectos adversos en el sistema reproductivo, incluyendo múltiples embarazos involuntarios y/o abortos, atención tardía del embarazo, consecuencias adversas en el parto
- Síntomas en el sistema genitourinario, incluyendo infecciones frecuentes de vejiga o riñón u otras
- Sangrado vaginal repetitivo e infecciones de transmisión sexual
- Dolor crónico (sin explicación)
- Lesión traumática, particularmente si se repite y ocurre con explicaciones vagas o poco plausibles
- Problemas en el sistema nervioso central - dolores de cabeza, problemas cognitivos, pérdida de audición
- Consultas de salud repetitivas y sin un diagnóstico claro
- Pareja intrusiva o marido presente en las consultas

Fuente: Proyecto IMPLEMENT, Blank K, Rosshumer M, "IMPLEMENT Manual de formación sobre violencia de género para profesionales de la salud". (2015), disponible en www.gbv-implement-health.eu

ANEXO 3. INFORMACIÓN AVANZADA DE LA EM

TABLA 1. CONSEJOS PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

INFORMAR - VERIFICAR - INFORMAR (EN INGLÉS: CHUNK-CHECK-CHUNK)

Cuando se utiliza la estrategia chunk-check-chunk, el/la profesional de la salud proporciona un fragmento de información, comprueba la comprensión de la paciente, proporciona otro fragmento de información y así sucesivamente. Esta estrategia es útil cuando los/las profesionales deben proporcionar un gran volumen de información y captar la atención de la paciente al mismo tiempo. Comprobar la comprensión de la paciente no se hace mediante el uso de preguntas cerradas como “¿Lo entiende?” sino pidiendo a la paciente que indique cómo el fragmento de información que se le proporcionó refleja su propia situación. Comprobar si la paciente entiende la información y si la información es útil para la paciente transforma el proceso de transmisión de la información en una conversación.

RECABAR - PROPORCIONAR - RECABAR (EN INGLÉS: ELICIT-PROVIDE-ELICIT)

La estrategia Elicit-Provide-Elicit (recabar-proporcionar-recabar, EPE por sus siglas en inglés) se utiliza para averiguar lo que las pacientes necesitan saber, lo que quieren saber y lo que la nueva información representa para ellas. Esta estrategia implica, además de informar, también preguntar y escuchar.

El primer paso en EPE - Elicit (recabar) - consiste en plantearles a las pacientes una pregunta abierta para ayudarles a enfocar el proceso de intercambio de información. Los profesionales sanitarios pueden preguntar a las pacientes lo que es importante que ellas sepan “¿Qué es lo que más le gustaría saber acerca de ...?” o preguntarles a las pacientes lo que ya saben sobre un tema: “¿Qué es lo que ya sabe acerca de ...?”.

El segundo paso en EPE - Provide (proporcionar) - implica proporcionar información de manera apropiada. Puede pedir permiso para intercambiar información, simplemente preguntando “¿Le gustaría que le contara.. .?” El tercer paso en EPE - Elicit (recabar) - implica hacer otra pregunta abierta para proporcionar la respuesta de la paciente al fragmento de información que acaba de compartir. Puede preguntar a las pacientes “¿Qué opina de eso?”, “¿Qué significa esto para usted?” o “¿Qué más le gustaría saber?”.

TABLA 2. HABILIDADES Y TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL / MIS HABILIDADES. LOS AARR

PREGUNTAS ABIERTAS

Las pacientes no pueden responder preguntas abiertas con una respuesta limitada como “Sí”, “No”, “Tal vez”. Las preguntas abiertas son “abridores de puertas” que ayudan a los profesionales sanitarios a explorar las necesidades, preocupaciones y motivaciones de las pacientes.

“¿Qué es lo que más le preocupa?”

“¿Cómo puedo ayudarle hoy?”

“¿Qué funcionó en el pasado en este tipo de situación?”

“¿Qué es lo que más le motiva a cambiar?”

AFIRMACIONES

El profesional sanitario usa afirmaciones haciendo declaraciones de aprecio por la paciente y su fortaleza. Las afirmaciones son positivas, se centran en la presencia de un atributo y no en su ausencia y adoptan la forma de palabras claras de comprensión y aprecio. Las afirmaciones no son cumplidos, ya que los cumplidos implican juicios evaluativos. Las pacientes pueden reaccionar de forma negativa si se les juzga.

Utilice las siguientes estrategias al hacer afirmaciones:

- (1) centrarse en conductas específicas en lugar de centrarse en actitudes, decisiones y metas,
- (2) no utilizar el pronombre personal "yo",
- (3) usar descripciones, no evaluaciones,
- (4) referirse a áreas no problemáticas en lugar de áreas problemáticas,
- (5) atribuir cualidades interesantes a las pacientes.

Por ejemplo, en el caso de una mujer que elude hablar de su situación de VG debido al temor de ser separada de sus hijos, un/a profesional podría afirmar: "Usted ama profundamente a sus hijos y está dispuesta a pasar por situaciones difíciles solo para estar con ellos".

En el caso de una mujer que se plantea informar de haber sufrido una agresión, el/la profesional puede afirmar: "Usted tiene una gran determinación para mejorar su vida".

REFLEXIONES

Reflexionar sobre lo que las pacientes han dicho no es una habilidad sencilla. Estas habilidades requieren que los y las profesionales sanitarios escuchen atentamente a las pacientes y reflejen lo que éstas dijeron utilizando otras palabras. Mediante el uso de la reflexión, los/las profesionales muestran que escuchan, tratan de comprender las situaciones de las pacientes y les ofrecen la posibilidad de escuchar de nuevo sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Reflexión simple (repetir lo que la paciente dijo - evitar el uso de palabras idénticas)

Paciente: "No sé qué hacer."

Profesional sanitario: "Usted siente que no puede hacer nada ante esta situación."

Reflexión de doble cara (usar las palabras de la paciente y expresar la ambivalencia de la paciente sobre la situación)

Paciente: "No sé qué hacer, pero no puedo seguir con esto".

Profesional sanitario: "Por un lado se siente atrapada y no puede ver una solución para su situación, pero por el otro lado sabe que es hora de hacer algo, ya que esta no es la vida que desea vivir".

Reflexión amplificada (reformular las palabras de la paciente de una manera exagerada)

Paciente: "No sé qué hacer."

Profesional sanitario: "Está aterrorizada por el pensamiento de que nunca encontrará una manera de salir de esto".

RESÚMENES

Los resúmenes son una aplicación especial de la escucha reflexiva. A través de resúmenes, el/la profesional sanitario está haciendo algo más que simplemente devolver a las pacientes lo que acaban de narrar. Al resumir, el/la profesional debe seleccionar de la conversación aquellos elementos que ayudan a las pacientes a avanzar en su motivación para el cambio mientras que, al mismo tiempo, exponen estas ideas de una manera sucinta pero comprensiva. Al final, el resumen debe enviar a la paciente el mensaje "He prestado atención a lo que has dicho y te entiendo y te aprecio". Y al mismo tiempo provocan en la paciente el lenguaje del cambio.

Resumen colectivo: "Así que vamos a repasar lo que hemos hablado hasta ahora."

Resumen de enlace: "Hace un minuto dijo que quería hablar de... Quizá ahora podamos hablar de..."

Resumen transitorio: "Así que usted concertará una cita hoy antes de marcharse y volveremos a hablar dentro de poco."

TABLA 3: IQ-LEDGE-C (de sus siglas en inglés)

I

REGLA DE LA IMPORTANCIA Y DE LA CONFIANZA (IMPORTANCE-CONFIDENCE RULER)

Esta regla evalúa la importancia y la confianza de la paciente para hacer un cambio. Un conjunto de tres preguntas (una pregunta principal y dos preguntas de seguimiento) debe formularse en un orden específico tanto para la importancia como para la confianza.

Importancia

P1. "¿Qué importancia tiene para usted ahora mismo? ¿Qué número elegiría en una escala del 0 al 10, donde 0 significa ninguna importancia y 10 significa muy importante?"

Preguntas de seguimiento

P2. Pregunte por qué eligió el número dado y no un número inferior: "¿Cómo es que eligió un 5 y no un número inferior?"

P3. Pregunte qué podría ocurrir si se incrementa el número un punto o dos: "¿Qué significaría pasar de un 5 a un 7?"

Confianza

P1. "¿Hasta qué punto está convencida de que podría hacer este cambio, si es que ha decidido hacerlo? En una escala del 0 al 10, donde 0 significa que no está nada convencida y 10 significa muy convencida, ¿hasta qué punto está convencida de que podría hacer este cambio?"

P2. Pregunte por qué eligió el número dado y no un número inferior: "¿Cómo es que eligió un 5 y no un número inferior?"

P3. Pregunte qué podría ocurrir si se incrementa el número por un punto o dos: "¿Qué significaría pasar de un 5 a un 7?"

Q

CONSULTAR EXTREMOS (QUERY EXTREMES)

Pregunte sobre los mejores y peores escenarios, para obtener información adicional.

El peor de los casos: "¿Qué es lo peor que puede pasar si no cambia esta conducta/ continúa con...?"

El mejor de los casos: "¿Qué es lo mejor que ocurriría si cambia esta conducta/deja de hacer....?"

L**MIRANDO HACIA ATRÁS Y HACIA ADELANTE (LOOKING BACK - LOOKING FORWARD)**

Pregunte por el tiempo anterior a que surgiera la preocupación actual y pregúntele a la paciente cómo ve el futuro

Mirando hacia atrás

“¿Cómo eran las cosas cuando todo estaba mejor en el pasado?”

“¿Qué eventos pasados puede recordar cuando las cosas eran diferentes?”

Viendo hacia adelante

“¿Qué pasaría si las cosas continuaran como están?”

“¿Qué pasaría si logra hacer los cambios que desea?”

“¿Cómo se ve en el futuro/en cinco años?”

E**PREGUNTAS EVOCADORAS (EVOCATIVE QUESTIONS)**

Usando preguntas abiertas sobre el deseo, la capacidad, la razón y la necesidad de la paciente de cambiar.

Deseo: “¿Qué le gustaría que pasara?”

Habilidad: “¿Cuáles son sus puntos fuertes?/¿Qué puede hacer al respecto?”

Razón: “¿Qué le motiva a cambiar?”

Necesidad: “¿Qué importancia tiene para usted el cambio?”

D**EQUILIBRIO DECISIONAL (DECISIONAL BALANCE)**

Pregunte a la paciente por las cosas buenas del cambio y las cosas malas de no realizar el cambio.

¡Importante! Evite preguntar por las cosas malas del cambio y las cosas buenas de no realizar el cambio, ya que estas preguntas suscitarán una charla sostenida e impulsan a la paciente a no cambiar.

Las cosas buenas del cambio: “¿Cuáles son las ventajas de buscar ayuda/ denunciar la violencia/cambiar el...?”

Las cosas malas de no realizar el cambio “¿Cuáles son las desventajas de no buscar ayuda/no denunciar la violencia/no cambiar el...?”

G**OBJETIVOS Y EXPLORACIÓN DE VALORES (GOALS AND VALUES EXPLORATION)**

Los profesionales médicos exploran junto con las pacientes las metas que tienen y cómo el cambio de la conducta (por ejemplo, denunciar la VG, buscar ayuda, renunciar al alcohol, buscar apoyo social) encaja con las metas establecidas.

Además, los profesionales sanitarios pueden explorar cómo no cambiar la conducta impediría a las pacientes alcanzar las metas y valores establecidos.

Los profesionales médicos pueden preguntar lo siguiente:

“¿Qué espera de su vida?”

“¿Qué es lo más importante para usted?”

“¿Qué quiere lograr en su vida?”

“¿Qué valores son importantes para usted?”

“¿Cómo encaja su conducta actual en su sistema de valores?”

“¿Cómo entra la situación actual en conflicto con su sistema de valores?”

¡Importante! Las pacientes suelen seleccionar las metas y los valores de una lista de objetivos y valores que el profesional médico les muestra o lee.

E

ELABORACIÓN (ELABORATION)

Se utilizan preguntas abiertas para explorar la motivación y el compromiso para el cambio de las pacientes. Los profesionales sanitarios pueden pedir ejemplos específicos para aclaraciones, para una descripción de la última vez que ocurrió el incidente de violencia de género.

“¿Puede darme un ejemplo específico de ...?”

“¿Qué puede decirme acerca de ...?”

“¿Qué más?”

“¿Cómo ve usted este cambio?”

C

ACERCAMIENTO (COMING ALONG SIDE)

Mediante el uso de esta estrategia de “psicología inversa”, los profesionales sanitarios están presentando a las pacientes el lado negativo de su ambivalencia sobre el cambio. Esta estrategia ayuda a la paciente a pensar y sentir desde el otro lado.

“No importan los costes, para usted es importante no rendirse.”

“La situación con su pareja no es algo que usted quiera comentar en nuestro trabajo conjunto.”

“Debemos abandonar este tema ya que no está interesada en hacer algo al respecto”.

¡Importante! Esta estrategia debe utilizarse sólo con pacientes muy resistentes y debe ser la última estrategia que el profesional sanitario utilice, siempre y cuando las otras estrategias no logren abordar la ambivalencia de la paciente acerca del cambio.

ANEXO 4. SEMINARIO DE FORMACIÓN. PRESENTACIONES POWERPOINT



Respuesta multisectorial para la detección de la VG en servicios de salud para la mujer

Sesión formativa para equipos de atención sanitaria
Tiempo recomendado: 4 horas (o 2 x 2 horas)



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Bienvenida e introducciones

- Nombre
- Rol
- Formación previa en VG
- Experiencia de trabajo con víctimas de VG
- Expectativas de la sesión

Información para
formadores/as:

- Asegúrese de conocer a la audiencia antes de la formación para adaptar el contenido a los/as participantes y al entorno local. Trate de averiguar acerca de su experiencia y formación en VG en la que hayan participado previamente con una antelación de dos o más semanas.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Acuerdo de grupo

- Teléfonos apagados o en silencio
- Estar en la habitación, estar presente
- Tratarse unos a otros con respeto
- Las personas deben hablar de una en una
- Se cuestiona el punto de vista/opinión/declaración, no a la persona
- Lograr confidencialidad
- No hay preguntas estúpidas
- ¡Por favor, participen! ¡Fomento de un aprendizaje activo!
- Cuidarnos nosotros/as mismos/as



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Descripción de la formación RESPONSE

El proyecto se desarrolla en cinco países europeos: Austria, Francia, Alemania, Rumanía (socio principal) y España

- Proporcionar formación y sesiones de desarrollo de capacidades para equipos de atención sanitaria de centros de salud para la mujer
- Aumentar las habilidades de los equipos de atención sanitaria para la identificación de VG
- Aumentar la detección de la VG en los centros de salud para la mujer tras la formación
- Aumentar las derivaciones de pacientes que han sufrido VG a los servicios especializados
- Aumentar la seguridad de las pacientes que han sufrido VG



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Descripción del Manual RESPONSE

Apoya la realización de la formación y desarrollo del programa en los servicios de salud para la mujer

Proporciona detalles e información complementaria acerca de:

- Conceptos generales de VG e identificación de la VG en centros de salud
- Habilidades comunicativas - mediante el uso de la entrevista motivacional (EM)
- Plan de seguridad
- Procedimientos para derivación y notificación
- Recomendaciones de acción local – respuesta multi-sectorial
- Evaluación de programas locales

Anexos:

- Ejercicios y estudio de otros casos
- Información avanzada sobre la EM
- Herramienta de referencia para el cuidado de la salud
- Lista de indicadores de riesgo



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Descripción de la sesión

- ¿Qué es la VG?
- ¿Por qué es necesaria una respuesta por parte de los y las profesionales de los servicios de salud para la mujer?
- Impacto sobre la salud de las mujeres
- Desafíos y barreras para las mujeres y el personal sanitario
- Técnicas comunicativas - introducción a la entrevista motivacional
- Evaluación de riesgos y planificación de seguridad
- Vías de atención y derivación
- Cómo registrar y documentar
- Desarrollo de la cooperación a nivel comunitario y profesional

Información para formadores/as:

- Añada cualquier información relevante que considere importante para los centros sanitarios en los que se esté llevando a cabo la sesión formativa.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

GBV | RESPONSE

Conceptos básicos de la violencia de género

Tema 1



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

¿Qué es la VG?

- La violencia de género (VG) es la violencia que se ejerce contra la mujer por el hecho de ser mujer
 - La VG es una violación de los derechos humanos de la mujer:
 - El derecho a la vida
 - El derecho a no ser objeto de tortura y trato inhumano o degradante o castigos
 - El derecho a una protección igualitaria ante la ley
 - El derecho a la igualdad en la familia
 - El derecho al más alto nivel alcanzable de salud física y mental
- (Convenio de Estambul, 2011)
- La VG es un problema de salud pública y de atención sanitaria



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

¿Qué incluye la VG?

VG es el término utilizado para describir la violencia y el abuso contra mujeres y niñas en su sentido más amplio y abarca:

- Violencia doméstica y abuso
- Control coercitivo
- Violencia y abuso por parte de la pareja o de algún miembro adulto de la familia
- Mutilación genital femenina (MGF)
- Violencia sexual
- Matrimonio forzado
- Violencia por motivos de honor



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Formas de VG

- Física
- Sexual
- Psicológica
- Control coercitivo
- Económica
- Aislamiento
- Amenazas



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Prevalencia de la VG

- En todo el mundo, casi un tercio (30 %) de todas las mujeres que ha estado en una relación ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja íntima.
- En algunas regiones, el 38 % de las mujeres ha experimentado violencia conyugal.
- A nivel mundial, el 38 % de los asesinatos de mujeres se ha cometido a manos de sus parejas sentimentales.

OMS. "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud", (2013), pág. 2.



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

El impacto de la VG en la salud de la mujer

Tema 2



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

¿Por qué la VG es asunto de los y las profesionales de atención sanitaria para la mujer?

- La VG está ligada a una multitud de consecuencias médicas
- La VG es un factor de riesgo para las condiciones de salud inmediatas y a largo plazo
- Los servicios sanitarios dedican mucho tiempo a tratar con el impacto y efectos de la VG en las mujeres
- Los servicios sanitarios son, a menudo, el primer punto de contacto para las mujeres que han sufrido VG
- La sanidad puede desempeñar un papel de prevención esencial y ofrecer una intervención precoz
- El impacto de la VG no solo lo sufre la persona que lo experimenta directamente, p.ej., afecta a niños y otros familiares



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

¿Cuál es el impacto de la VG sobre la salud de la mujer? (1)

- Muerte
- Disminución de la esperanza de vida
- Daños físicos
- Mecanismos de afrontamiento poco saludables – Consumo de alcohol y drogas, autolesión
- Consecuencias (psico) somáticas
- Consecuencias para la salud reproductiva
- Consecuencias para la salud psicológica



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

¿Cuál es el impacto de la VG sobre la salud de la mujer? (2)

Las mujeres que experimentan la VG tienen:

- una probabilidad del 16 % de tener un **bebé de bajo peso al nacer**
- más del doble de probabilidades de tener un **aborto**
- casi el doble de probabilidades de experimentar depresión
- en algunas regiones, 1,5 veces más probabilidades de contraer VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia de pareja

OMS. "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud", (2013), p. 2013.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Estudios estadísticos de la OMS

	RO no ajustados	IC 95 %	RO ajustados	IC 95 %
Salud general autodiagnosticada: Deficiente o muy deficiente	1,9	1,7-2,1	1,6	1,5-1,8
Dificultad para caminar durante las últimas 4 semanas	2,0	1,8-2,1	1,6	1,5-1,8
Dificultad con las actividades diarias durante las últimas 4 semanas	1,9	1,8-2,1	1,6	1,5-1,8
Dolor durante las últimas 4 semanas	1,8	1,7-2,0	1,6	1,5-1,7
Pérdida de memoria durante las últimas 4 semanas	2,0	1,9-2,2	1,8	1,6-2,0
Mareos durante las últimas 4 semanas	2,0	1,9-2,2	1,7	1,6-1,8
Secreción vaginal durante las últimas 4 semanas	2,3		1,8	1,7-2,0
Pensamientos suicidas ocasionales	2,4	2,2-2,6	2,9	2,7-3,2
Intentos suicidas ocasionales	3,5	3,0-4,1	3,8	3,3-4,5

ROs ajustados para el sitio, grupo de edad, estado civil actual y educación



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Embarazo y violencia

Mujeres que estuvieron embarazadas durante su relación con un compañero violento, y si el compañero fue violento con ellas durante el embarazo o no (%)

	Pareja violenta durante el embarazo (%)	Pareja no violenta durante el embarazo (%)	No responde (%)	Total (%)	N
Pareja actual	20	77	2	100	1762
Pareja anterior	42	56	1	100	3120

Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA, por sus siglas en inglés). **Violencia contra las mujeres: Un amplio estudio de la UE.** Bruselas, FRA, (2014).



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Papel de los y las profesionales sanitarios

Orientado a: médicos/as, enfermeras/os, y matronas

Tema 3



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Profesionales sanitarios (obstetricia, ginecología)

- La respuesta de los servicios sanitarios a la VG es responsabilidad de todos los y las profesionales de la salud
- Existe un proyecto previo centrado en la respuesta por parte de los departamentos de urgencias (IMPLEMENT)
- Los elementos de respuesta a la VG de la atención primaria son distintos a los de los cuidados intensivos o servicios hospitalarios
- Nos centramos (proyecto RESPONSE) en la respuesta de los/as profesionales sanitarios que trabajan en:
 - Servicios obstétricos
 - Servicios ginecológicos
 - Servicios de salud sexual



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

El papel de los/as profesionales sanitarios en los servicios de salud para la mujer

- Reconocer cuándo existe una situación de VG con la paciente
- Hacer preguntas sobre la VG de forma delicada cuando se intuya que existe una razón para hacerlo
- Hacer preguntas de manera rutinaria cuando las mujeres acuden a citas de atención perinatal
- Analizar lo que la paciente les está contando
- Saber dónde derivar a la paciente o a quién pedir más apoyo
- Registrar las declaraciones

PERO: Los y las profesionales de la salud a menudo carecen de la información para identificar a las mujeres que sufren VG en los servicios de salud para la mujer

Nuestro objetivo es apoyar esto y equipar a los/as profesionales con las herramientas necesarias para preguntar a las pacientes sobre la VG, responder, derivar cuando corresponda y registrar las declaraciones en el historial médico de la paciente.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Obstetricia. Factores a tener en cuenta (1)

- La paciente reserva tarde o no acude a la clínica
- La paciente acude repetidamente con problemas menores o tiene ingresos repetidos
- La paciente no completa el tratamiento o abandona el hospital por alta voluntaria
- La paciente está deprimida, ansiosa o se autolesiona
- Los síntomas elevados de depresión perinatal, ansiedad, y TEPT están significativamente asociados a haber experimentado violencia doméstica*
- La paciente presenta lesiones, en particular en abdomen, senos, muslos, cabeza y cuello. Ella puede tratar de convencer al profesional sanitario de que éstas no son muy graves.

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.

*Howard L.M., Oram S., Galley H., Trevillion K., Feder G. "Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis". PLoS Med. 2013; 10: e1001452.



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Obstetricia. Factores a tener en cuenta (2)

- La paciente experimenta flujo vaginal frecuente, sangrado post-coital, infecciones urinarias o dolor pélvico
- La paciente experimenta abortos espontáneos recurrentes, mortinatos inexplicables o partos prematuros
- Hay restricción de crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer
- El embarazo no es planeado o no es deseado
- La paciente solicita una interrupción del embarazo o ha sufrido múltiples abortos
- La paciente puede tener un consumo problemático de sustancias o no ser capaz de dejar de fumar

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Complicaciones obstétricas

- Parto prematuro
- Nacimiento de un niño muerto
- Bebé de bajo peso al nacer
- Hemorragia anteparto
- Corioamnionitis

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Ginecología

Las mujeres que sufren VG tienen un riesgo tres veces mayor de padecer problemas ginecológicos.

Cuanto peor sea la combinación de violencia física y sexual, peores serán los problemas ginecológicos

Campbell J et al. "Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences". Arch Intern Med. 2002;162(10):1157-1163. doi:10.1001/archinte.162.10.1157. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/211435>



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Ginecología (continuación)

Las mujeres que experimentan VG pueden no acudir reiteradamente a las pruebas de frotis cervical y corren mayor riesgo de padecer enfermedades, incluyendo:

- Trastornos menstruales
- Dolor pélvico
- Dolor durante el coito
- Secreción vaginal
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Hemorragia poscoital

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Salud sexual

Las mujeres que experimentan VG pueden presentarse en los servicios de salud sexual o en los servicios de salud para la mujer por una variedad de razones:

- Secreción vaginal
- Tras una violación
- Después de haber sido obligada a tener relaciones sexuales con otros para el beneficio financiero de su pareja
- Con una ITS transmitida por su pareja
- Preocupación por su situación de VIH

Las mujeres jóvenes y las que ejercen la prostitución son más propensas a acudir a los servicios de salud sexual cuando experimentan VG

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Coerción reproductiva

La coerción reproductiva implica comportamientos que un compañero utiliza para mantener el poder y el control en la relación y que están relacionados con la salud reproductiva.

Las mujeres afectadas por la VG:

- a menudo no se les permite controlar su propia fertilidad
- pueden estar forzadas a tomar anticonceptivos
- se les puede estar impidiendo la toma de anticonceptivos (más habitual que ser obligadas a tomarlos)
- tienen más probabilidades de tener un embarazo no deseado que aquellas que no sufren VG
- podrían tener miedo a quedarse embarazadas

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence".
John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Coerción reproductiva

A una paciente que solicita reiteradamente anticoncepción o anticoncepción de emergencia se le debe preguntar sobre su relación y se le debe preguntar directamente si está experimentando VG.

Se debe hablar sobre la anticoncepción reversible de acción prolongada.

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. **ABC of domestic and sexual violence.**
John Wiley & Sons, (2014), pág. 69-72.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

RESPONSE es un modelo de trabajo en equipo

Equipo de profesionales de la salud (HCP, por sus siglas en inglés) y atención social/sector especialista en VG

Promueve la responsabilidad compartida de proporcionar apoyo y el mejor cuidado a las pacientes que han sufrido o sufren VG

Profesionales de la salud (HCP, por sus siglas en inglés)	Trabajadores/as sociales
Respuesta inicial	Evaluación completa del riesgo
Verificación de la seguridad	PLAN DE SEGURIDAD
Derivación a trabajadores/as sociales/especialistas en VG	Apoyar el plan incluyendo derivaciones progresivas



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

El mejor cuidado para pacientes víctimas de VG

Los y las profesionales sanitarios y trabajadores/as sociales de cada centro deben asegurar lo siguiente para un mejor cuidado de pacientes víctimas de VG:

- Un espacio privado para reunirse y hablar
- Un intérprete (si es necesario) que no sea de la familia de la víctima
- Un enfoque centrado en la víctima
- Análisis de la situación de la paciente
- Identificación de la VG
- Evaluación del riesgo y planificación de la seguridad
- Seguimiento de asuntos relacionados con la salud y de asuntos relacionados con la VG
- Datos de contacto claros para los próximos pasos



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Requisitos para hacer preguntas acerca de la VG

Del manual IMPLEMENT

REQUISITOS MÍNIMOS A LA HORA DE PREGUNTAR

- Protocolo o procedimiento estándar
- El personal sanitario está formado para hacer preguntas y responder a la información dada por la mujer
- Consideraciones de privacidad y confidencialidad
- El personal sanitario tiene conocimientos sobre recursos y sistemas de derivación

¿CUÁNDO ES SEGURO?

- Espacio privado y confidencial
- La mujer está a solas - incluyendo que no haya ningún/a niño/a presente



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Papel de los/as trabajadores/as sociales (trabajadores/as de apoyo, psicólogos/as)

Los y las profesionales del trabajo social actúan como agentes para la intervención en casos de violencia de género. Son:

- Especialistas que trabajan en el campo de la VG
- Tienen experiencia y formación para apoyar a las víctimas
- Pueden realizar evaluaciones detalladas del riesgo
- Pueden ayudar a las víctimas a crear un plan de seguridad y hablar sobre opciones acerca de su cuidado y decisiones futuras
- Están bien conectados/as con los servicios de apoyo locales y pueden hacer derivaciones hacia otros servicios con el consentimiento de la víctima a la que están apoyando
- Tienen confianza y competencia para trabajar dentro del ámbito de la salud y con los/as profesionales de la salud
- Reciben una buena supervisión dentro del sector de la VG para prevenir la reexperimentación del trauma



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Desafíos y barreras para las mujeres y los/as profesionales de la salud

Tema 4



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Barreras para abordar la violencia de género (1)

Pacientes	Profesionales de la salud
Vergüenza, culpa	Conocimientos insuficientes acerca de la VG y gestión no apropiada de los casos
Miedo a una respuesta negativa, a ser culpadas	Falta de tiempo
Miedo a una escalada de la violencia	Falta de apoyo institucional, como falta de protocolos estandarizados y formación institucionalizada
Aislamiento social	Actitudes y concepciones erróneas propias acerca de la VG
Falta de opciones seguras para ellas y sus hijos/as	
Falta de accesos físicos, especialmente en áreas remotas	
Barreras culturales y de lenguaje	

UNFPA-WAVE, Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia(2014), pág. 175



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Barreras para abordar la VG (2)

Pacientes

Los problemas de diversidad pueden crear barreras adicionales e incluir:

- Barreras lingüísticas y culturales a las que se enfrentan las mujeres migrantes y refugiadas y las pertenecientes a minorías étnicas
- Temor de llamar la atención sobre el estatus de inmigración irregular o de perder el estatus después de separarse de un cónyuge violento
- Preocupación por perder el apoyo/cuidado continuo si el agresor es la persona que cuida a la mujer cuando ella tiene una discapacidad
- Estigma o incredulidad si una mujer está en una relación con una persona de su mismo sexo
- Evaluación incorrecta por parte de los profesionales de la salud de que algunas culturas y comunidades aceptan la VG



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Superando las barreras

- Algunos mensajes clave:
 - **Usted no es culpable ni responsable de lo que está sucediendo**
 - **Nadie merece ser tratado de esa manera**
 - **No está sola ante el problema, hay apoyos disponibles**
- Ofrezca apoyo continuo y mantenga abiertas las líneas de comunicación.
- Pregúntele en las próximas citas cómo van las cosas y si hay algo que le preocupa y de lo que ella desea hablar.
- Si es posible, haga los arreglos pertinentes para que usted pueda verla durante el resto de su atención sanitaria, facilitando apoyo y comunicación continua. También podrá hacer un seguimiento de cualquier cambio que se produzca, p.ej., si la VG empeora.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

GBV | RESPONSE

Habilidades comunicativas Enfoque: Entrevista Motivacional

Tema 5



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Entrevista motivacional: Definición

La EM se define como “una forma de orientación colaborativa que se centra en la persona para provocar y fortalecer la motivación por el cambio” .

Miller, W. R., & Rollnick, S. “Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and cognitive psychotherapy”, (2009), 37(02), pág. 129-140



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Entrevista motivacional: Evidencia

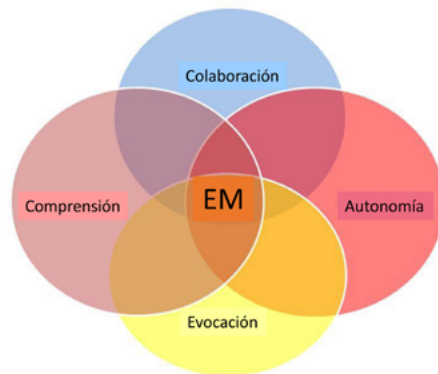
¿Qué problemas se pueden abordar utilizando la EM?
¿Quién puede utilizar la EM?



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746



Miller, W. R., & Rollnick, S. "Motivational interviewing: Helping people change".
Guilford press, (2013), pág.25-36.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Entrevista Motivacional: Lenguaje del cambio

DARN	CAT
Deseo: "Yo quiero/Me gustaría/Desearía"	Compromiso: "Voy a/Pretendo/Lo haré"
Aptitud: "Podría/Puedo"	Activación: "Estoy listo/preparado para"
Razones: "Quiero esto porque"	Tomar medidas: "Hice/Empecé a"
Necesidad: "Debo/Tengo que/Necesito"	

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. „Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”, (2008), pág. 33.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Habilidades para los equipos sanitarios

Preguntas **a**biertas

Afirmaciones

Reflexiones

Resumir



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

1. Preguntas abiertas

Preguntas abiertas

¿Cómo se siente hoy?

¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Cómo van las cosas con su pareja?

¿Qué cosas le preocupan acerca de su relación?

¿Cuáles serían las cosas que le gustaría cambiar en su relación?

¿Qué cosas le preocupan últimamente?

Preguntas cerradas

¿Dónde le duele?

¿Ha hablado de esto con alguien?

¿Las cosas empeoran cuando su pareja bebe?



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

2. Afirmaciones

Ejemplo 1

Paciente: "No quiero hablar de esto porque no sé que les pasará a mis hijos."

Profesional: "Quiere profundamente a sus hijos y está dispuesta a atravesar situaciones difíciles sólo para estar con ellos."

Ejemplo 2

Paciente: "Quiero hablar de ello. No puedo callarlo más tiempo."

Profesional: "Tiene una gran determinación por hacer que su vida sea mejor."



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

3. Reflexiones

Reflexión simple (repetir lo que la paciente dijo - evitar el uso de palabras idénticas)

Paciente: "No sé qué hacer."

Profesional: "Usted siente que no puede hacer nada ante esta situación."

Reflexión de doble cara (usar las palabras de la paciente y expresar la ambivalencia de la paciente sobre la situación)

Paciente: "No sé qué hacer, pero no puedo seguir con esto".

Profesional: "Por un lado se siente atrapada y no puede ver una solución para su situación, pero por el otro lado sabe que es hora de hacer algo, ya que esta no es la vida que desea vivir".



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

3. Reflexiones (2)

Reflexión amplificada (reformular las palabras de la paciente de una manera exagerada)

Paciente: "No sé qué hacer."

Profesional: "Está aterrorizada por el pensamiento de que nunca encontrará una manera de salir de esto."



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

4. Resúmenes

Resumen colectivo: "Así que vamos a repasar lo que hemos hablado hasta ahora."

Resumen de enlace: "Hace un minuto dijo que quería hablar de ... Quizá ahora podamos hablar de"

Resumen transitorio: "Así que usted pedirá cita hoy antes de irse y volveremos a hablar dentro de poco."



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Entrevista motivacional: Principios REEE (RULE en inglés)

- R**esistir a corregir a su paciente,
- E**ntender las motivaciones de su paciente,
- E**scuchar a su paciente,
- E**mpoderar a su paciente



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

GBV | RESPONSE

Seguridad y valoración del riesgo

Tema 6



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Preguntas sobre la seguridad y valoración del riesgo (Formación IRIS)

Seguridad - pregunte a la paciente

- ¿Es seguro que se vaya a casa?
- ¿Qué teme que le pueda pasar?
- ¿Qué amenazas ha recibido?
- ¿Hay amenazas también hacia los niños, otros miembros de la familia, mascotas?

Riesgo - pregunte a la paciente

- ¿Cree que él realmente va a hacerle daño a usted o a los niños?
- ¿Cuál ha sido el incidente más grave? (más temeroso o dañino)
- ¿Están empeorando las cosas? (frecuencia, tipo, gravedad, aumento)



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

SEECAA (SPECSS en inglés)

Separación: Abandonar a una pareja violenta es extremadamente arriesgado

Embarazo: El 30 % de la violencia de género empieza durante el embarazo

Escalada de violencia: La violencia de género previa es el indicador más eficaz de que habrá violencia en el futuro. El 35 % de los hogares tienen un segundo incidente dentro de las cinco semanas siguientes al primero

Cultura y sus implicaciones: tales como barreras lingüísticas, situación de inmigración y aislamiento

Acoso: Las investigaciones revelan que los agresores en relaciones íntimas tienen comportamientos de acoso más peligrosos que los agresores que no están en una relación íntima

Agresiones sexuales: En las que los agresores ejercen ambos tipos de violencia, física y sexual, las víctimas tienen un riesgo elevado.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

DASH (por sus siglas en inglés)

Violencia de género, acoso y hostigamiento, y violencia por honor

Lista de indicadores de riesgo (RIC, por sus siglas en inglés)

Formulario a rellenar por todo el personal que trabaje directamente en casos de VG

Identifique los factores de riesgo, quién está en riesgo, y decida qué nivel de intervención requieren

Se deben incluir detalles de los/as niños/as que residan en esa dirección

Registre los pasos que ha seguido para asegurar la seguridad inmediata de la víctima y los/as niños/as

Pregúntese a sí mismo: "¿Estoy satisfecho/a por haber hecho todo lo que podía?"

SafeLives, Lista de verificación de riesgos SafeLives DASH (por sus siglas en inglés) para la identificación de los casos de alto riesgo de abuso doméstico, acoso y hostigamiento, y violencia por honor

<http://safelives.org.uk/sites/default/files/resources/Dash%20for%20IDVAs%20FINAL.pdf>



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Información para formadores/as:

- Dependiendo de los centros sanitarios la valoración de riesgo se lleva a cabo por el personal médico o por trabajadores/as sociales; también depende del sistema de derivación del lugar y de los protocolos locales.

GBV | RESPONSE

Creación y uso de vías de derivación

Formación IMPLEMENT. Hoja de fundamentos



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Vías de derivación

- Deben ser simples y claras
- Deben tener en cuenta los protocolos y recursos locales
- Necesidad de una ruta de derivación de crisis/emergencia/riesgo alto y ruta de derivación de riesgo estándar: un contacto para cada una
- Escuchar lo que las víctimas nos dicen que quieren
- Evaluar y monitorizar las vías - demostrar la eficacia y los beneficios a las pacientes
- Codifique las derivaciones y audite los códigos para asegurarse de que se pregunta a las pacientes sobre la VG



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Herramienta fundamental de referencia

- El proyecto IMPLEMENT sugiere una herramienta fundamental de referencia (Anexo 2, manual RESPONSE) que abarca:
 - Identificación de la VG
 - Valoración del riesgo
 - Tratamiento de los síntomas clínicos
 - Ofrecer apoyo inmediato de primera mano
 - Derivar de forma apropiada
- Desarrollar una versión local de la herramienta y del procedimiento de atención a la VG



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Registro y documentación

La documentación es una parte esencial para la mejor práctica clínica y un buen cuidado de la paciente.

Las notas y registros deben ser claros y precisos para proporcionar lo siguiente:

- Historial
- Quién estuvo presente
- Quién dijo qué
- Los resultados de la salud, tanto los negativos como los positivos
- Los planes de asistencia médica
- Cómo se abordaron las preocupaciones

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. *ABC of domestic and sexual violence*.
John Wiley & Sons, (2014), pág.69-72.



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Recomendaciones para la acción

Tema 7



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Una respuesta comunitaria

- Respuesta multisectorial y multiagencial
- A todos los niveles
 - Política
 - Organización
 - Educación
- Ejemplos de buenas prácticas que puedan aplicarse en su centro sanitario
 - Grupos de protección para las víctimas
 - MARAC

Información para formadores/as:

- Si en su país se promocionan otros ejemplos de buenas prácticas, a parte del ejemplo del grupo de protección a las víctimas, proporciónelos.



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Evaluación de la formación

Tema 8



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)

Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Evaluación: ¿qué funcionó?

- Proceso de evaluación: cómo se realizó la formación
Valórela pidiendo a cada participante que rellene un formulario de evaluación de la formación al final de la misma (1)
- Evaluación de resultados: qué se aprendió y si fue útil
Haga que cada participante rellene un cuestionario pre- y post-formación para valorar los cambios en los/as participantes (2)

Debe ser corto y fácil de entender para los/as participantes



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Ejemplo: Formulario de evaluación de la formación (1) (Manual RESPONSE)

1. ¿Cómo evaluaría la formación en general, en una escala del 1 al 10?	1-muy satisfecho/a	10-nada satisfecho/a		
2. Por favor, evalúe los siguientes aspectos de la formación	Sí, mucho	En cierto modo, sí	No, más bien no	No, en absoluto
2.1. La formación estaba bien estructurada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Se asignó un tiempo apropiado a cada módulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. El tiempo para el debate fue suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Los folletos y materiales fueron útiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. La formación fue de interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. La formación beneficiará mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. Recomendaría la formación a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo evalúa el trabajo de los/as formadores/as?				
3.1. Me pareció que los/as formadores/as fueron competentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Me pareció que los/as formadores/as velaban por una buena interacción y el intercambio con y entre los/as participantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Me pareció que los/as formadores/as tenían buenas habilidades de presentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Recomendaría a los/as formadores/as para formaciones similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo evalúa la organización/logística general de la formación?	Excelente	Buena	No tan buena	Deficiente
4.1. Instalaciones de la formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Descansos, almuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Lugar del evento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún comentario o sugerencia para mejorar la formación?

¡Muchas gracias por apoyar esta evaluación!



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Ejemplo: Formulario de evaluación Pre-Post (2) (Manual RESPONSE)

1. Por favor indique hasta qué punto se siente preparado/a para realizar las siguientes tareas (Marque el número que mejor describa en qué medida se siente preparado/a):	1=no preparado/a	2=ligeramente preparado/a	3=moderadamente	4=bastante bien	5= bien preparado/a
1.1. Hacer preguntas para lograr declaraciones de VG por parte de las pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Responder de forma apropiada a las declaraciones de VG con las pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Identificar los signos y síntomas asociados a la VG basados en el historial y los exámenes físicos de las pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Realizar una valoración de riesgo a una paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Documentar el historial de violencia y los resultados de los exámenes físicos en los registros de las pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. Realizar una derivación apropiada para la paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántos diagnósticos nuevos (de un caso agudo, de un abuso continuo descubierto o que ha revelado una paciente de una historia pasada) de VG estimaría usted que ha hecho en los últimos 6 meses? _____ Número					
3. ¿Cuáles de las siguientes medidas ha tomado cuando identificó la violencia de género en una paciente en los últimos 6 meses? (Marque todas las que correspondan)					
3.1 Derivación a un/a trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Derivación a servicios de prevención de la violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Derivación a una casa de acogida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Derivación a la policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Notificación/remisión a Juzgados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún comentario que compartir?					

¡Gracias por completar este formulario!



Co-funded by the
Rights, Equality &
Citizenship Programme
of the European Union



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna
(RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Participantes:



UNIVERSITATEA
BABEȘ-BOLYAI



Socios:



Instituciones de apoyo:



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

GBV | RESPONSE

Esta sesión de formación se ha realizado con el apoyo económico de Derechos, Igualdad, y Ciudadanía (REC, por sus siglas en inglés) de la Unión Europea, bajo el número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746. Los contenidos de esta publicación son responsabilidad únicamente de los/as participantes en el proyecto RESPONSE y nunca se podrán utilizar para reflejar los puntos de vista de la Comisión Europea. Los/as autores/as quieren dar las gracias a todos los/as participantes del proyecto RESPONSE que han contribuido a este manual con comentarios y revisiones profesionales.



Respuesta multiagencial para la detección de la VG en servicios de salud materna (RESPONSE)
Número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

PUBLICACIONES DE INTERÉS

Blank K, Rosslhumer, M. IMPLEMENT Training Manual, "Specialized support for victims of violence in health care systems across Europe" (2015), http://gbv-implement-health.eu/implement_train_EN_201606_hires.pdf

Bewley S, Welch, J. eds. "**ABC of domestic and sexual violence.**" John Wiley & Sons, (2014)

Fundamental Rights Agency (FRA) "Violence against Women: An EU-Wide Survey" (2014), <http://www.health-genderviolence.org>

IRIS, Identification and Referral to Improve Safety, Training Materials, University of Bristol (2017), <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>

MINT. Motivational Interviewing Training New Trainers Manual (2014). <http://www.motivationalinterviewing.org>

PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention" (2007-2009), www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage

Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. "**Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour**". (2008)

UNFPA-WAVE Training Manual "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), <http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>

UNICEF "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), https://www.unicef.org/protection/files/GBV_Handbook_Long_Version.pdf

World Health Organization (WHO) "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

World Health Organization (WHO) "Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence" — A Clinical Handbook. Geneva (CH), (2014). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>

Women against Violence Europe (WAVE) "WAVE Report 2014" (2014), http://files.wave-network.org/researchreports/COUNTRY_REPORT_2014.pdf



MENSAJES CLAVE

“La respuesta del personal sanitario a las mujeres que pueden estar aisladas y asustadas como resultado de su experiencia es crítica con respecto a su futuro bienestar ... la reacción inicial de la persona con la que hablan y el seguimiento dentro y más allá del servicio sanitario puede tener un profundo impacto en su vida, su salud y su bienestar”.

(Ministerio de Sanidad, Reino Unido)

“Ahora estoy convencido de que la violencia contra las mujeres y los niños es un problema de salud pública importante y con consecuencias a largo plazo para las mujeres y sus familias”

(Cita de un profesional sanitario después de la formación)

“Recuperé poco a poco mi libertad y estoy muy feliz de tomar mis propias decisiones, planeando mi propio camino en la vida. Esto no sólo me afecta a mí, también afecta a mis hijos y a otras mujeres como yo.”

(Cita de una paciente tras la derivación realizada por el profesional sanitario a especialistas en atención e intervención en casos de violencia de género)