

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA



RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A MUJERES VIOLENTADAS POR SU
PAREJA/ EX –PAREJA EN EL CONTEXTO SANITARIO: SCOPING REVIEW

TESIS PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE MATRONA/MATRON

PAULINA DATTARI SIBONA

PROFESORA GUIA

PROF. ASOCIADA LORETO PANTOJA MANZANAREZ

Diciembre 2019

RESUMEN

La violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas, siendo la más experimentada la violencia de pareja. El objetivo fue examinar y mapear las recomendaciones mundiales para la atención de mujeres violentadas por su pareja/expareja en el contexto sanitario. Se realizó Scoping Review en bases de datos y Google Scholar. Se observó heterogeneidad en las recomendaciones, que incluyen atención médica, psicológica y social. Existen diversas recomendaciones, pero escasa evaluación de su eficacia. Además de voluntad de los proveedores de salud, sin embargo, se requiere un cambio general en los sistemas de salud y políticas públicas.

Palabras claves

Protocolo, Recomendaciones, Violencia de género, Violencia de pareja íntima.

ABSTRACT

Violence against women is a global health problem of epidemic proportions, being the most experienced couple violence. The objective was to examine and map the global recommendations for the care of women violated by their partner / ex-partner in the health context. Scoping Review was carried out in databases and Google Scholar. Heterogeneity was observed in the recommendations, which include medical, psychological and social care. There are several recommendations, but little evaluation of their effectiveness. In addition to the will of health providers, however, a general change in health systems and public policies is required.

Keywords

Protocol, Recommendations, Gender-based violence, Intimate Partner Violence.

Introducción

La violencia contra la mujer fue definida en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de Naciones Unidas, como todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo (Abreu, 2006).

Existen diversos tipos de violencia en contra de la mujer tales como la violencia intrafamiliar, sexual y estructural/institucional. La violencia intrafamiliar, es aquella que tiene a los integrantes de la familia como sujetos involucrados en esta situación de violencia. En esta se incluye a la pareja, denominándose violencia de pareja, al comportamiento de la pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades, del año 2013, cerca del 35% de todas las mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (World Health Organization, 2013a). Siendo la violencia de pareja el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo (World Health Organization, 2013a). Mientras que, a nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos ha sido perpetrado por el denominado compañero íntimo (World Health Organization, 2013a).

La literatura destaca que la tendencia a la violencia de pareja es transversal, ocurre en todos los estratos socioeconómicos y tiene diversidad territorial (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014). Sin embargo, existen factores de riesgo, como el abuso

en la infancia, presenciar violencia de pareja durante la infancia, educación menor que la secundaria, entre otros (World Health Organization, 2016).

Esta violencia tendrá en la mujer múltiples consecuencias, entre ellas se encuentran la muerte y lesiones en su expresión más grave. En el año 2013, un estudio de la OMS, evidenció, que el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja resultaron lesionadas (World Health Organization, 2013a).

Se observa en estas mujeres, un impacto en la salud general, sufriendo cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. También poseen un mayor riesgo de manifestar enfermedades no transmisibles, incluidos trastornos hipertensivos y enfermedad cardiovascular (World Health Organization, 2016).

Por otro lado, tienen 2.6 veces más probabilidades de sufrir depresión (World Health Organization, 2013a). Igualmente podrían padecer ansiedad, trastornos de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, incluso suicidio (World Health Organization, 2016). Eventualmente podrían tener problemas con el abuso de alcohol, siendo 2.3 veces más propensas (World Health Organization, 2013a).

También existen consecuencias a largo plazo, como el incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida (World Health Organization, 2016).

Respecto a la salud sexual y reproductiva, presentan mayor riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), teniendo 1,5 veces más probabilidades de contraer sífilis, clamidia o gonorrea. Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) esta posibilidad es aún mayor, teniendo cuatro veces más probabilidades de contraer alguna

ITS, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Una de las consecuencias más graves descrita anteriormente es el femicidio, que, según la legislación chilena, es el homicidio cometido contra la mujer que es o ha sido cónyuge o conviviente del autor del crimen (Biblioteca Nacional del Congreso, 2010). En Chile, el año 2018 se registraron cuarenta y dos femicidios (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2018), y al 08 de Noviembre de 2019, se registran 26 femicidios consumados y 66 frustrados (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2019a). Respecto a este, la promulgación de la Ley 20.480 en Chile, constituyó un avance al reconocerlo como delito. Sin embargo, se reconoce el delito sólo en el marco de una relación de convivientes o matrimonio (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Por el contrario, la Corporación MILES, que trabaja para construir y promover el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, considera que la cifra de femicidios en Chile es de 53 mujeres (Corporación MILES, 2019), la diferencia con el dato del Ministerio se debe a que MILES, considera que es femicidio también cuando se produce la muerte de estas mujeres a manos de un compañero íntimo, quien no es necesariamente cónyuge o conviviente.

La violencia en contra de las mujeres es considerada un problema de salud global y de proporciones epidémicas, que requiere acciones urgentes (World Health Organization, 2013a). Esta preocupante realidad se replica en nuestro país, donde se ha observado que las entidades sanitarias, tales como centros de atención primaria, podrían ser una puerta de entrada y pesquisa para la atención de estas mujeres. Respecto a esto, un estudio realizado en el ámbito sanitario, evidenció que el 28,1% de las mujeres que visitan los servicios de salud mental, el 48,6% de las que visitan la atención primaria y el 20% de las atendidas en urgencias

hospitalarias sufren maltratos (Mireia Sans & Jaume Sellarés, 2010). Además de que otro, mencionase que el 21% de las víctimas revelaron que eran maltratadas a un médico o enfermera (Dutton, James, Langhorne, & Kelley, 2015).

Según guías de la OMS no se recomienda la detección de violencia de pareja íntima (VPI) universal, sólo ante sospecha (Feder, Wathen, & MacMillan, 2013), es decir, cuando hay indicadores de abuso, pero solo cuando se puede garantizar la privacidad y seguridad de las mujeres (World Health Organization, 2013b). Bajo esta premisa se enmarca el proyecto de Violencia doméstica en mujeres atendidas en centros de salud primaria de la comuna de Recoleta durante la gestación y postparto: asociación con características de la víctima y del agresor, en el cual se afirma que la detección sistémica podría no ser útil en países que no disponen de servicios de referencia y de personal capacitado para la detección y atención de estas mujeres (García-Moreno C et al., 2015).

Sin embargo, Chile cuenta con servicios de referencia (Centros de la Mujer), que son dependientes del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Específicamente, 107 centros en la actualidad distribuidos a lo largo del país, los que atienden a mujeres mayores de 18 años que viven o han vivido violencia de género en contexto de pareja o ex pareja (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2019b). Estos brindan la primera atención de acogida a toda mujer que requiera ayuda, orientación e información, para luego realizar su derivación e ingreso efectivo a un proceso de intervención psico-socio-jurídico y educativo a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales (Chile Atiende, 2019).

Es por esto que se describe que el sector salud puede ser un agente que contribuya a abordar este fenómeno desde diversos aspectos, como detección, apoyo a las víctimas y prevención primaria, para ello es necesario disponer de personal capacitado y con una red de derivación que funcione y proteja a las mujeres, este último aspecto es medular para poder incorporar

en la atención en salud la búsqueda de violencia ejercida por la pareja-ex pareja (Manzanarez & Guzmán, 2019).

Igualmente, a nivel mundial la OMS establece lineamientos respecto a la atención de mujeres violentadas. Recientemente publicó la versión en idioma español del Manual Clínico de “Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A Clinical handbook”, que consta de recomendaciones respecto a cuatro ítems: “Concientización acerca de la violencia contra la mujer”, “Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja”, “Atención médica adicional después de una agresión sexual” y “Apoyo adicional de salud mental (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Se desprende de estas iniciativas que los profesionales de la salud cumplen un papel fundamental en este proceso, ya que en muchas ocasiones tendrán la oportunidad única de mantener contacto y generar confianza en estas mujeres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014).

Según la OMS la violencia se puede evitar y prevenir (World Health Organization, 2013a). Debido a esto, surge la necesidad examinar y mapear la evidencia de recomendaciones a nivel mundial para la atención de mujeres violentadas, la cual podría contribuir a la creación si no existiesen y/o fortalecimiento de los protocolos ya existentes en pro del bienestar de las mujeres.

Método

1.- Estrategia PCC

Se utilizó la estrategia PCC para formulación de la pregunta, siendo “P” población, “C” concepto y “C” contexto. Se obtuvo como pregunta de investigación: ¿Cuáles son las

recomendaciones a nivel mundial para la atención de mujeres violentadas por su pareja/expareja en el contexto sanitario?

POBLACION	CONCEPTO	CONTEXTO
Mujeres violentadas por su pareja/expareja.	Atención de mujeres violentadas por su pareja/expareja.	Recomendaciones a nivel mundial para la atención de mujeres violentadas por su pareja/expareja en el contexto sanitario.

2.- Bases de datos

Se realizó Scoping Review, en las siguientes bases de datos, debido a que se centran en el contexto sanitario y ámbito psicológico en relación con el tema de interés: PubMed; debido a la amplia cobertura temática, número de revistas y referencias incluidas, además de la constante actualización. Psychology Database; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ambas bases de datos especializadas en distintas áreas de la psicología. EBSCOhost; por ser una extensa colección de bases de datos de investigación, que abarca el área de la salud y psicología, y Oxford Handbook Online; base de datos que permitió encontrar revisiones de investigación académica de diversas áreas temáticas, incluyendo el ámbito psicológico. Además de búsqueda de literatura gris en Google Scholar, que ofrece contenido científico-académico en ocasiones no publicado y/o inexistente en bases de datos o revistas convencionales.

3.- Estrategia de búsqueda

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: protocolo o “protocol” [All Fields] “pautas” o “guidelines” [MeSH Terms], “recomendaciones” o “recommendations” [MeSH Terms], AND violencia en contra de la mujer o “violence against women”, AND “violencia de género” o "Gender-Based Violence" [Mesh Terms], AND “violencia de pareja íntima” o "Intimate Partner Violence"[Mesh Terms], las cuales fueron utilizadas en todas las combinaciones posibles.

La búsqueda fue realizada por una investigadora principal. En casos donde se presentaron dudas respecto a la inclusión de artículos, fue una segunda investigadora quien contribuyó a dirimir, en este caso la tutora de tesis. Por otro lado, en Google Scholar se consideraron las dos primeras páginas para la búsqueda, debido a que en las posteriores los resultados no fueron relevantes (Pham et al., 2014), este punto fue comprobado al revisar igualmente las páginas posteriores.

Se presenta en el ANEXO 1 los algoritmos de búsqueda para las bases de datos.

4.- Criterios de inclusión/exclusión

Se seleccionaron los estudios según los siguientes criterios de inclusión; recomendaciones que aborden la atención en el contexto sanitario de toda situación de violencia en contra de la mujer ejercida por la pareja/expareja, y aquellas que provengan desde todo tipo de institución, fundación o entidad, ya sea esta pública o privada.

Por el carácter de la búsqueda y sus objetivos no se consideraron criterios de exclusión.

5.- Selección de artículos

Se seleccionaron publicaciones que no tengan más de diez años de antigüedad, que se encontraron en idioma inglés y/o español, y a los cuales se pudo acceder de forma completa

(full text) mediante el uso de Virtual Private Network de la Universidad de Chile. Se realizó la selección en dos niveles: primer nivel (título y abstract) y segundo nivel (texto completo). En relación a la calidad de los artículos de carácter científico del tipo observacionales, encontrados en las bases de datos clásicas, se resguardó la calidad mediante la utilización de la iniciativa STROBE (von Elm E et al, 2008), que brinda recomendaciones en relación a la estructura ideal de estudios de carácter científico. Mientras que para el resto de la literatura se consideró una lista de comprobación específica (Gerard Urrútia, 2010).

Respecto a las consideraciones éticas, la realización de esta investigación no requirió revisión y aprobación por parte de un comité de ética. Sin embargo, al abordar un tema sensible, como lo es la violencia en contra de las mujeres y la vulneración de sus derechos, es necesario ligarlo al perfil de egreso del profesional matron (a) de la Universidad de Chile, que destaca por su enfoque de género y biopsicosocial (Universidad de Chile, 2019), por lo tanto, es una obligación ética de este profesional conocer y manejar las pautas locales y generales que se deben aplicar en este contexto.

En esta investigación se consideraron los siguientes sesgos; de publicación, para evitar este tipo de error, se incorporó en la revisión una base de datos de literatura gris (Google Scholar). Esta medida permite incorporar antecedentes relevantes para la revisión y evitar que algunos hallazgos no publicados, pero igualmente relevantes, queden ausentes en el análisis; de selección, para reducir este error, se definieron específicamente los criterios de selección de los estudios y se aplicaron una serie de filtros que permitieron una elección específica de estos. El uso complementario de palabras claves (no términos MESH o DECS) permitió no excluir artículos relevantes y pertinentes a la búsqueda y por último el del observador, para el cual se realizó una codificación aleatoria de los estudios seleccionados, la cual se incluyó

en una planilla Excel. Esto permitió un análisis apropiado de los estudios, ya que no consideró el autor o fuente de financiamiento de los documentos. Esta planilla estará a disposición de quien la solicite.

Resultados

Se describe el proceso de búsqueda mediante la utilización de un diagrama PRISMA. (ANEXO 2)

Se presentan además las tablas de abstracción de la evidencia (ANEXO 3) que describen las recomendaciones y/o intervenciones propuestas en cada artículo, además de clasificarlo en manejo clínico, psicosocial o mixto.

Se identificaron un total de 253 artículos en bases de datos, además de 360 resultados considerando cada artículo encontrado en las dos primeras páginas de Google Scholar, según cada combinación de palabras ocupadas. Se realizó la remoción de duplicados y aplicación de pautas de “calidad”, además de aplicación de criterios de inclusión, y se excluyeron aquellos artículos que no se centraban en el área de interés luego de considerar el artículo completo. Finalmente, la presente búsqueda arrojó un total de 16 artículos que fueron considerados en el análisis. Se presentan los títulos de estos y base de dato respectiva en el ANEXO 4.

La mayoría de las recomendaciones, se basan en programas/protocolos de Norteamérica o países de Europa, también de África. Respecto a las características de los estudios, a continuación, se presentan tablas detallando ubicación geográfica de las recomendaciones o protocolos cuando se especificó. Cuando la metodología del artículo fue, por ejemplo, una revisión de la literatura y no se especificó de donde provenían los artículos revisados, se consideró la ubicación del autor correspondiente. Respecto al artículo: año de publicación, sitio de publicación, financiamiento de las recomendaciones o del artículo, diseño del estudio

cuando aplica, entorno de realización de las recomendaciones, método de identificación de las víctimas de violencia, características principales de la intervención, seguimiento, entendido como la consulta a las mujeres sobre el tratamiento brindado, y evaluación de eficacia de las recomendaciones, considerando distintas medidas de evaluación, descritas más adelante.

Tabla 1: Estudio de características

<i>Ubicación de intervenciones cuando se especificó</i>	<i>N° de artículos:</i>
América del Norte	5
Europa	3
África	2
Múltiples países (Estados Unidos - Perú – Sudáfrica - Hong kong)	1
Múltiples países (España- Costa rica- Cataluña)	1
Múltiples continentes (América del norte, Europa, Australia, Oceanía, América del sur, África y Asia)	1
<i>Ubicación de autor correspondiente:</i>	
Europa	3
<i>Año de publicación:</i>	
2009-2014	10
2015-2019	6
<i>Sitio de publicación (internacional):</i>	
Revista médica: Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos	1
Revista Médica: Española de Medicina Legal	1
Revista Médica: Lancet	1
Revista Médica: BMC Health Services Research	1

Revista Médica: JAMA The Journal of the American Medical Association	1
Revista Médica: American Journal of Preventive Medicine	1
Revista Médica: African Journal of Primary Health Care And Family Medicine	1
Revista Médica: BMC Public Health	1
Revista Psicología (European Journal of Psychotraumatology)	1
Revista de Salud Pública (Revista Saúde Pública)	1
Revista de Salud de la Mujer (Journal of Women Health)	3
Revista Multidisciplinaria (Géneros, Multidisciplinary Journal of Gender Studies)	1
Libro: Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial.	1
Sitio OMS	1
<i>Financiamiento:</i>	
Público: gubernamental	3
Privados	2
Mixto	1
No especificado	10

Tabla 2: Diseño y características metodológicos***Diseño del estudio:***

Observacional - analítico	1
Observacional - descriptivo	4
Experimental	1
Revisión sistemática	2
Mixto: revisión sistemática – Análisis de contenido (cualitativo)	1
Revisión de alcance	1
Revisión de literatura (leyes de salud)	1
Otro (libros, guía metodológica, opinión de expertos, reporte)	5
<i>Entorno de realización:</i>	
Atención primaria	4
Otras entidades relacionadas con la atención de salud (cruz roja, sistema privado)	1
Universidad	1
Mixtos (atención cerrada- abierta-urgencia)	8
No especificado/no aplica	2
<i>Método de identificación de las víctimas:</i>	
Universal	4
Selectivo	4
Universal/selectivo dependiendo de la respuesta que se pueda brindar	1
Universal/selectivo (más de un protocolo evaluado)	2
No especificado	5

Tabla 3: Características de la intervención

<i>Intervención realizada:</i>	<i>N° de artículos:</i>
Atención médica (constatación y tratamiento de lesiones y/o enfermedades derivadas)	0
Atención psicológica (entrega de recursos, terapia individual/grupal)	1
Ayuda social (derivación a organizaciones comunitarias, subsidios, empleo, cuidado de hijos, casa de acogida, seguridad, visitas domiciliarias)	0
Ayuda legal (abogacía, divorcios, orden de alejamiento, custodia de hijos)	0
Atención psicológica-social	4
Atención médica- psicológica	2
Atención médica- psicológica- social	5
Atención médica- psicológica- social- legal	4
<i>Profesional involucrado:</i>	
Psicólogo (a)	1
Consejero	1
Multidisciplinario (médico, enfermero (a), matron (a), psicólogo (a), trabajador social, consejeros)	6
Profesional de la salud (sin especificar)	5
No especifica	3
<i>Seguimiento/evaluación:</i>	
Con seguimiento - sin evaluación	3
Con seguimiento - con evaluación	3
Sin seguimiento - con evaluación	4
Sin seguimiento - sin evaluación	6

Respecto a las recomendaciones, se puede resumir que se dividen en; “atención médica”, tales como realización de examen físico, constatación y tratamiento de las lesiones dependiendo de la gravedad, prevención, consejerías y/o tratamiento de VIH/ITS, ofrecimiento de métodos anticonceptivos e incluso se discute de forma excepcional sobre esterilización, como se menciona en un protocolo de atención de Sudáfrica, esto seguramente siguiendo la línea de ajustar cada recomendación al contexto país; “atención psicológica”, entre ellas la denominada ayuda de primera línea, para la cual todo profesional de la salud debería estar al menos capacitado para entregar (García-Moreno C et al., 2015), incluyendo la estabilización de la crisis, tratamiento de Síndrome de estrés postraumático, depresión y/o adicciones y consejerías al respecto. Finalmente “ayuda social”, que implica establecer un contacto entre la mujer y organizaciones, profesionales, tales como asistente social, y/o instituciones que puedan brindarle apoyo para la búsqueda de sustento económico, vivienda, cuidado de hijos y empleo, para intentar salir de la relación abusiva. Escasamente se mencionan intervenciones del ámbito legal, esto puede explicarse porque no se consideran atribuciones de los profesionales de salud, sin embargo, algunos protocolos mencionan la derivación y colaboración de abogados expertos en violencia de pareja, quienes cumplen este papel. De forma particular se menciona el tratamiento de los agresores como intervención para el mejoramiento de la salud de las víctimas (Berges, 2010).

A menudo se dividen las recomendaciones según la situación actual de la mujer y cual sea el nivel de peligro al cual esté expuesta, ya sea, peligro extremo o no. Esta distinción requiere con mayor razón de la existencia de protocolos, que faciliten la entrega rápida y coordinada de una respuesta en casos de gravedad extrema, en los que el desenlace pueda ser fatal.

En lo que respecta a la detección y tratamiento de la violencia de pareja íntima, se realizó en diferentes entornos de atención médica, tales como consultas de atención primaria, servicio

de urgencia, de salud mental, atención ginecoobstétrica, visitas domiciliarias e incluso controles de niño sano, en unidades de pediatría. Un punto llamativo, es que se describa el entorno pediátrico como una instancia para detectar violencia de pareja. Los proveedores de atención primaria pediátrica son idealmente adecuados para abordarla, ya que la mayoría de los niños reciben atención preventiva, particularmente en los primeros años de vida, y los pediatras generalmente tienen relaciones positivas con las familias (Decker et al., 2012), además de una estrecha comunicación en particular con sus madres. Un estudio señaló que las tasas de violencia de pareja íntima, son desproporcionadamente altas entre familias con niños pequeños (Bair-Merritt et al., 2014), más aun entre el 30% a 60% de las familias con informes del servicio de protección infantil por abuso físico tiene un historial de violencia de pareja (Decker et al., 2012). Favorablemente las madres sienten que el entorno pediátrico es un sitio importante para la detección de esta y suelen sentirse cómodas al discutir de violencia con el proveedor de su hijo (a) (Bair-Merritt et al., 2014). Adicionalmente las madres que sufren abuso pueden ser más propensas a buscar atención médica para sus hijos que para ellas mismas (Bair-Merritt et al., 2014).

A pesar de los diferentes contextos en que se entrega la atención, los entornos de atención primaria y de emergencia son entornos importantes para identificar y ayudar a los sobrevivientes (Hamberger, Rhodes, & Brown, 2015). Por esto se considera, la atención primaria como la puerta de entrada para estas mujeres. Un 48,6% de las mujeres atendidas en este sector sufren violencia (Mireia Sans & Jaume Sellarés, 2010). Es por esto que al igual que con otros problemas de salud, se debe tener un enfoque preventivo y de promoción de relaciones saludables.

Cuando se evaluó la efectividad y resultados de las intervenciones recomendadas, la variable que se midió fue la severidad/recurrencia de la violencia de pareja íntima luego de la intervención y la salud mental/bienestar (Sprague et al., 2017). Según el mismo estudio la mayoría de estos programas 59% resultaron beneficiosos para las mujeres (Sprague et al., 2017).

Respecto a lo mismo, un artículo propone que la eficacia y disponibilidad de las intervenciones de seguimiento debe confirmarse antes de implementar la intervención (Decker et al., 2012). Otros resultados apuntan a diversas variables respecto a la eficacia de las intervenciones, tales como reducción de violencia, mejora de salud física y emocional, adquisición de comportamientos que promuevan la seguridad por parte de las mujeres y uso de recursos/referencias a los que fueron derivadas. Trece de los 17 artículos estudiados demostraron al menos un beneficio relacionado con la intervención, seis de 11 que midieron la persistencia de violencia, encontraron reducciones de ésta, dos de 5 que estudiaron comportamientos saludables, evidenciaron un aumento de éstos, y 6 de cada 10 que estudiaron el uso de recursos, encontraron que fueron usados mayormente y mejor (Bair-Merritt et al., 2014).

Discusión

La violencia hacia la mujer ejercida por la pareja/expareja, no sólo provoca graves consecuencias en ella y su entorno, sino que también produce un incremento del gasto en salud. Las mujeres que sufren violencia de pareja íntima usan más recursos de atención médica anualmente, en comparación a los pacientes sin este factor de riesgo. Además, el mayor uso de los recursos sanitarios por parte de los sobrevivientes no termina cuando finaliza la violencia. Respecto a esto Rivara y col, observaron que las visitas ambulatorias aumentadas por los sobrevivientes de abuso continuaron hasta dieciséis años después de que

este termina (Rivara et al., 2007). Para ejemplificar, en Estados Unidos, el año 2003, el costo por concepto de violencia de pareja íntima se estimó en 8.3 mil millones de dólares por año, contabilizando servicios médicos, de salud mental y pérdida de productividad del trabajo (Bair-Merritt et al., 2014).

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede evidenciar que el sector salud, ya sea a través de políticas públicas o protocolos locales de algunos servicios de salud de diversos países, ha realizado un esfuerzo por entregar recomendaciones generales, pautas de manejo, y protocolos más específicos para la atención de mujeres violentadas en este contexto. Estos generalmente se fundamentan en las directrices de la OMS, lo que podría tener respuesta en que se considera a esta, como la entidad que entrega las bases para el abordaje de importantes temas de salud y como se ha mencionado con anterioridad la violencia contra las mujeres se considera uno de ellos. Sin embargo, no se debe olvidar que es esencial que estas recomendaciones, se ajusten al contexto de cada país, región, entorno y recursos disponibles en el lugar donde son aplicadas, en especial el recurso humano, en este caso los profesionales de salud. En algunos casos estos ajustes no se consideran y representan barreras que impiden que estos protocolos se lleven a cabo de forma correcta; a nivel de infraestructura: el tiempo disponible del personal, inexistencia de lugares privados para la atención, recursos de seguimiento inadecuados y disponibilidad de los servicios de derivación; a nivel profesional, por ejemplo la preocupación por ofender a las pacientes al consultarles por este tema, percepción de conocimientos inadecuados, y falta de habilidades para proporcionar asistencia, además de dudas respecto al rol del profesional y en cómo este debe ayudar (Sprague et al., 2017). Adicionalmente los proveedores, podrían no considerar la violencia como un problema de salud, tener experiencias personales respecto a esta y la creencia de que no es tan frecuente, intentos de racionalización de la conducta del agresor, doble

victimización de la mujer, es decir, la mujer maltratada es culpada de su situación de maltrato, formación fundamentalmente biologicista, que no aborda problemas psicosociales, y frecuentes actitudes paternalistas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Se describe que, en ausencia de pautas específicas para el abordaje de este problema, los profesionales de la salud son reacios a detectar y tratar la violencia doméstica. A menudo creen que no es su responsabilidad, que es demasiado personal para hablar con los pacientes y que se puede hacer poco para prevenirla o ayudar a las víctimas. Existe, además, cierta frustración, al no poseer el control sobre las decisiones de las pacientes y sienten impotencia cuando estas deciden permanecer en relaciones abusivas. También son reacios a participar en el proceso legal, incluida la declaración ante un tribunal (Artz, Meer, & Aschman, 2018).

En consecuencia, la detección y atención en estos casos puede ser para ellos, un desafío, incluso aun cuando exista un protocolo previamente establecido. En un estudio los profesionales reconocieron que la respuesta a la violencia de pareja íntima, fue más compleja que simplemente seguir los pasos de un protocolo, se requiere creatividad, compromiso y competencias específicas de los proveedores de salud (Goicolea et al., 2013), de igual forma destacan que el apoyo y la supervisión de expertos también son necesarios después de la formación (García-Moreno C et al., 2015). Respecto a esto, otro estudio destaca que la formación de profesionales de la salud durante sus estudios de grado es muy importante, pero que existe poco poder para influir en las universidades y sus planes de estudio. Más aún, cuando se consultó a residentes de enfermería y medicina sobre si habían recibido formación de esto en la universidad, mencionaron que ninguno recordaba haber tenido este tipo de formación (Goicolea et al., 2013). Otra investigación realizada en un hospital universitario en España, arrojó que los participantes, que en su mayoría fueron del grupo de “Enfermeras/Matronas/Fisioterapeutas”, refieren que uno de los problemas para no abordar

la violencia es que consideran que no cuentan con la formación necesaria (79.8%) o que el problema no es de su competencia (Arredondo A, 2018). Incluso en España una Ley que abarca esta problemática incluye dentro de sus medidas, la incorporación de esta formación en los ámbitos curriculares de estudios universitarios y programas de especialización de las profesiones sociosanitarias. Más específicamente, la Estrategia madrileña contra la violencia de género (2016- 2021), promueve que estas competencias, deberían incluirse de manera reglada en la formación universitaria de Enfermería, Medicina, Trabajo social, Derecho y Psicología (Arredondo A, 2018). Por lo tanto, no es ilógico pensar que sería beneficioso que la formación en esta materia sea entregada antes de que el profesional se enfrente a la atención de mujeres violentadas, es decir, que estas competencias sean adquiridas durante la formación de pregrado de las carreras profesionales.

Por otro lado, señalan que el desarrollo de los protocolos debería ser el resultado de un trabajo en equipo multidisciplinario y participativo con todos aquellos que puedan contribuir a entregar una respuesta efectiva a la mujer (Goicolea et al., 2013), es decir, médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, incluso pediatras.

A propósito de estas barreras, una de las soluciones propuestas en conjunto con la mayor capacitación de los profesionales de salud, es que se adopte un espacio exclusivamente para tratamiento de violencia de pareja íntima al interior de los centros de salud, es decir, in servicio in situ (Sprague et al., 2017). Esto vendría a solucionar las dificultades de derivación y coordinación con otros servicios mayormente especializados.

Sin embargo, la idea de mantener las mejoras a largo plazo en la respuesta del sector salud a la violencia de pareja íntima se fundamenta en que se deben hacer cambios, no sólo a nivel del proveedor / instalaciones o a través de la formación, sino que también debe implicar

cambios en las políticas de salud, protocolos, estructuras de gestión y prácticas (Goicolea et al., 2013).

A pesar de lo expuesto y de la importancia de tratar esta condición, es controversial aun el tamizaje universal de violencia de pareja íntima, si bien, algunos recomiendan que se consulte a todas las mujeres por presencia de violencia, otros recalcan, incluyendo la OMS, que se debe consultar sólo en caso de signos y síntomas que determinen la sospecha. Según se explica el cribado universal solo es efectivo (y seguro) cuando es seguido de una respuesta apropiada (García-Moreno C et al., 2015). Este no tiene evidencia de reducciones de la violencia o mejora en los resultados de salud. Además, en ámbitos o países donde la prevalencia de la violencia actual es alta y las opciones de referencia son escasas, la investigación universal podría llevar poco beneficio para las mujeres y abrumar a los proveedores de atención de salud (García-Moreno C et al., 2015).

Debido a la heterogeneidad de las recomendaciones, sería prudente realizar una mayor evaluación de los resultados en relación a las intervenciones propuestas y su efectividad. En un estudio en España, sólo el 12% de los sistemas de salud regionales recoge información sobre la calidad de la respuesta violencia de pareja íntima (Goicolea et al., 2013). Asimismo, se podría monitorear el progreso, ayudaría con la financiación y, en última instancia, contribuiría al conocimiento de lo que funciona (García-Moreno C et al., 2015). Incluso se recomienda que en un futuro se recopilen e informen datos de cualquier efecto adverso posiblemente relacionado con la intervención (Sprague et al., 2017). Es importante trabajar en este vacío, ya que de esto depende la integración política exitosa y sostenida en el sector de la salud, que no puede lograrse a través de estrategias aisladas dirigidas a individuos y / o establecimientos de salud por sí solos, sino que debe dirigirse a las funciones del sistema de

salud más grandes, incluyendo: i) la gobernabilidad, la prestación de servicios ii) la financiación, iii) la planificación, iv) y v) seguimiento y evaluación (Goicolea et al., 2013). En efecto, se debe realizar un seguimiento de las intervenciones para evaluar el acceso, la aceptabilidad y la calidad de la atención prestada a las mujeres sobrevivientes de violencia (García-Moreno C et al., 2015), para mejorar la respuesta del sector salud.

Conclusión

El papel que desempeña el sector salud para la atención de mujeres que sufren violencia es crucial. Existen diversas recomendaciones, pautas, protocolos de atención específicos para tratar este problema de salud, sin embargo, escasa evidencia concluyente del seguimiento y evaluación de eficacia de estos mismos. Además, se debe trabajar en superar las múltiples barreras en su aplicación, como la deficiente capacitación y preparación de los trabajadores de salud, dificultad para la coordinación con centros de referencia, y derivación de las mujeres maltratadas, entre otras. Existe voluntad por parte de los proveedores de salud y algunos centros de atención, sin embargo, esto no debería fundamentarse en las intenciones de un sector, si no que más bien, en un cambio general en los sistemas de salud e instauración de políticas públicas al respecto. Lamentablemente, y al igual que con otros problemas de sanidad, existen países donde parecen no existir los recursos necesarios para implementar las recomendaciones de entidades como la OMS, la cual es considerada guía en el contexto sanitario. Pareciera ser importante que justamente estos países e igualmente aquellos donde existan protocolos, incrementen sus esfuerzos en la promoción y prevención acerca de esta materia en la atención primaria, evitando que se transforme en un problema mayor. En este enfoque, el desempeño del profesional matrn (a), es significativo. Es quien tiene contacto directo y constante con las mujeres a través del ciclo vital, incluyendo aquellas etapas donde se podría considerar a la mujer vulnerable, como la gestación. Asimismo, la detección de

violencia está destinada mayormente a poblaciones específicas, justamente a aquellas que acuden a servicios de atención ginecobstetrica, planificación familiar y ciclo reproductivo. El matron (a) capacitado (a) podría emplear estas oportunidades para la discusión de temas relacionados con la violencia de pareja íntima y brindar así una atención integral junto al equipo multidisciplinario.

Bibliografía

- Abreu, M. L. M. (2006). La Violencia de Género. Entre el concepto jurídico y la realidad social. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, núm. 08-02, pag. 02: 01-02: 13. Retrieved from <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>
- Arredondo A, D. P.-P. G., Gallardo C. (2018). Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializados. Anales de Psicología, 34(2), 349-359. Retrieved from <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.2.294441>
- Artz, L., Meer, T., & Aschman, G. (2018). Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa. African journal of primary health care & family medicine, 10(1), e1-e7. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1724
- Bair-Merritt, M. H., Lewis-O'Connor, A., Goel, S., Amato, P., Ismailji, T., Jelley, M., . . . Cronholm, P. (2014). Primary Care–Based Interventions for Intimate Partner Violence: A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine, 46(2), 188-194. doi:10.1016/j.amepre.2013.10.001
- Berges, B. M. (2010). Violencia contra las mujeres: descripción en intervención biopsicosocial. España.
- Biblioteca Nacional del Congreso. (2010). Guía legal sobre el femicidio. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/femicidio>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Intersection of Intimate Partner Violence and HIV in Women. Retrieved from https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/13_243567_green_aag-a.pdf
- Chile Atiende. (2019). Centros de la Mujer. Retrieved from <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2815-centros-de-la-mujer>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37185/4/S1500499_es.pdf
- Corporación MILES. (2019). Noticias. Retrieved from <http://mileschile.cl/>
- Decker, M. R., Frattaroli, S., McCaw, B., Coker, A. L., Miller, E., Sharps, P., . . . Gielen, A. (2012). Transforming the healthcare response to intimate partner violence and taking best practices to scale. *Journal of women's health* (2002), 21(12), 1222-1229. doi:10.1089/jwh.2012.4058
- Dutton, M. A., James, L., Langhorne, A., & Kelley, M. (2015). Coordinated public health initiatives to address violence against women and adolescents. *Journal of women's health* (2002), 24(1), 80-85. doi:10.1089/jwh.2014.4884
- Feder, G., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2013). An Evidence-Based Response to Intimate Partner Violence: WHO Guidelines. *JAMA*, 310(5), 479-480. doi:10.1001/jama.2013.167453
- García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, & Feder G. (2015). The health systems response to violence against women. *Lancet*, 385(9977), 1567-1579. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61837-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61837-7/fulltext)

- Gerard Urrútia, X. b. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. 135, 485-532.
- Goicolea, I., Briones-Vozmediano, E., Ohman, A., Edin, K., Minvielle, F., & Vives-Cases, C. (2013). Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC public health*, 13, 1162-1162. doi:10.1186/1471-2458-13-1162
- Hamberger, L. K., Rhodes, K., & Brown, J. (2015). Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: creating sustainable system-level programs. *Journal of women's health* (2002), 24(1), 86-91. doi:10.1089/jwh.2014.4861
- Manzanarez, L. P., & Guzmán, M. M. (2019). Violencia Doméstica en Mujeres Atendidas en Centros de Salud Primaria de la Comuna de Recoleta durante la Gestación y Postparto: Asociación con características de la víctima y del agresor. Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2018). Hoja informativa Femicidios 2018. Retrieved from <https://www.sernameg.gob.cl/wp-content/uploads/femicidios/FEMICIDIOS2018.pdf>
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2019a). Hoja informativa Femicidios 2019. Retrieved from <https://www.sernameg.gob.cl/wp-content/uploads/2019/05/FEMICIDIOS-2019-al-15-DE-MAYO.pdf>
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2019b). Centros de la Mujer Sernameg. Retrieved from https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=30017
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid, España Retrieved from

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Ministerio de Sanidad y política social. (2008). Informe violencia de género. Cataluña Retrieved from <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/Catalunya.pdf>

Mireia Sans, & Jaume Sellarés. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria Revista Española de Medicina Legal, 36(3), 104-109. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473210700389>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Nota descriptiva Violencia contra la mujer. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2016). Manual clínico de Atención de la salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Violencia de género en Chile. Retrieved from https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145

Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*, 5(4), 371-385. doi:10.1002/jrsm.1123

Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare Utilization and Costs for Women with a History

of Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89-96. doi:10.1016/j.amepre.2006.10.001

Sprague, S., Scott, T., Garibaldi, A., Bzovsky, S., Slobogean, G. P., McKay, P., . . .

Swaminathan, A. (2017). A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1314159-1314159. doi:10.1080/20008198.2017.1314159

Universidad de Chile. (2019). Pregrado Obstetricia y Puericultura. Retrieved from <http://www.uchile.cl/carreras/5015/obstetricia-y-puericultura>

von Elm E et al. (2008). Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gaceta Sanitaria Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.* , 22(2), 144-150. Retrieved from https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE_short_Spanish.pdf

World Health Organization. (2013a). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2013b). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2016). Global Plan of Action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537%2010%20eng.pdf>

ANEXO 1: Algoritmos de búsqueda para bases de datos.

<p>Protocol AND gender based violence</p> <p>(Protocol[All Fields]) AND gender based violence[MeSH Terms] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (free full text[sb] AND full text[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))</p>
<p>Protocol AND intimate partner violence</p> <p>Protocol[All Fields] AND ("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR ("intimate"[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "intimate partner violence"[All Fields]) AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))</p>
<p>Protocol AND violence against women</p> <p>protocol[All Fields] AND ("Violence Against Women"[Journal] OR ("violence"[All Fields] AND "against"[All Fields] AND "women"[All Fields]) OR "violence against women"[All Fields]) AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND "2009/07/02"[PDat] : "2019/06/29"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))</p>
<p>Guidelines AND violence against women</p> <p>"guidelines as topic"[MeSH Terms] AND ("Violence Against Women"[Journal] OR ("violence"[All Fields] AND "against"[All Fields] AND "women"[All Fields]) OR "violence against women"[All Fields]) AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))</p>
<p>Guidelines AND gender-based violence</p> <p>"guidelines as topic"[MeSH Terms] AND "gender-based violence"[MeSH Terms] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))</p>

Guidelines AND intimate partner violence

"guidelines as topic"[MeSH Terms] AND "intimate partner violence"[MeSH Terms] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

Recommendations AND intimate partner violence

(Recommendations[MeSH Terms]) AND Intimate Partner Violence[MeSH Terms] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (free full text[sb] AND full text[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

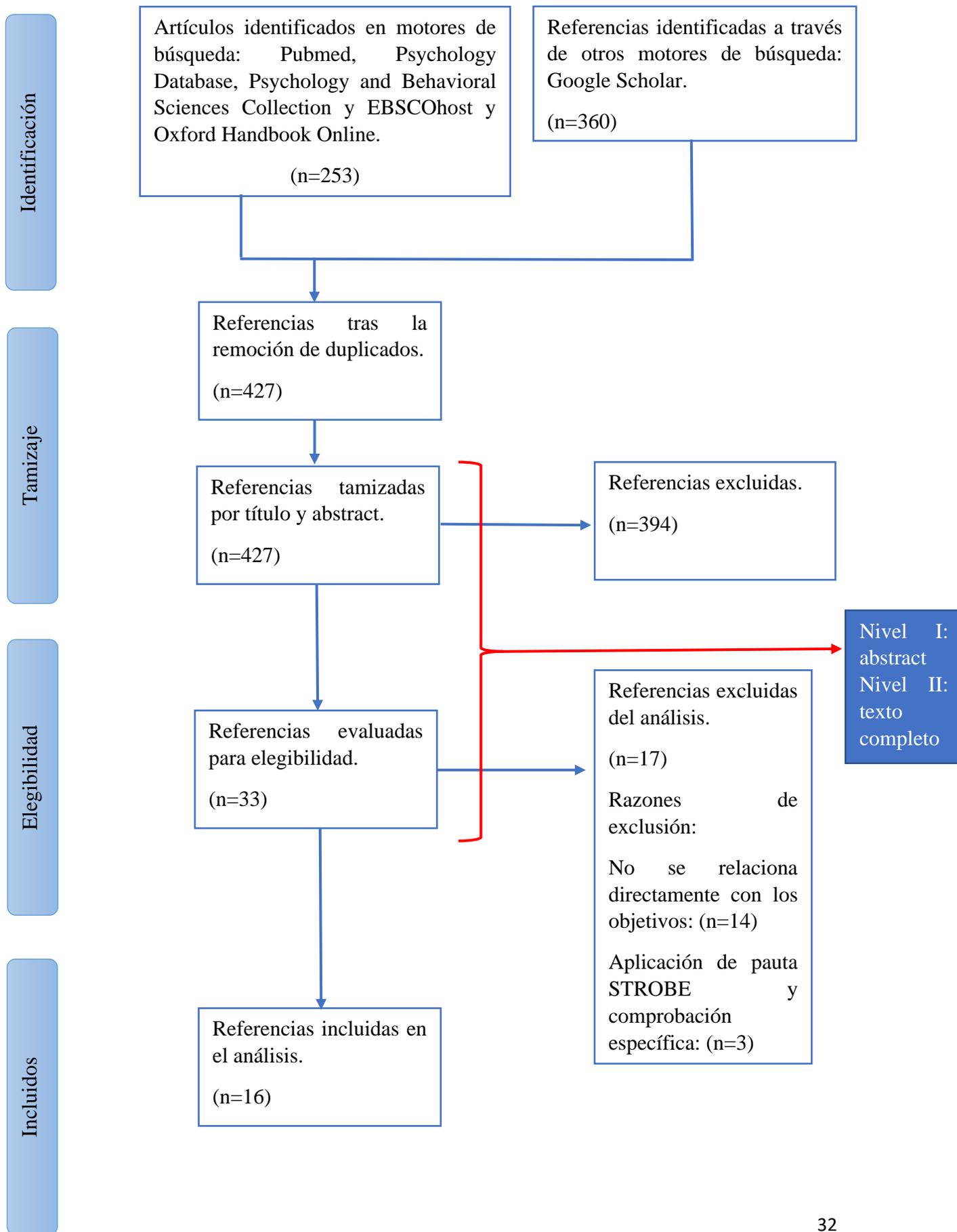
Recommendations AND gender-based violence

(Recommendations[MeSH Terms]) AND Gender-Based Violence[MeSH Terms] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (free full text[sb] AND full text[sb]) AND "2009/06/20"[PDat] : "2019/06/17"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

Recommendations AND violence against women

(Recommendations[MeSH Terms]) AND violence against women[All Fields] AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Government Document[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (free full text[sb] AND full text[sb]) AND "2009/07/02"[PDat] : "2019/06/29"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

ANEXO 2: Diagrama PRISMA proceso de Scoping Review



ANEXO 3: Tablas de extracción de evidencia.

Artículo	Recomendaciones/Intervenciones/ Resultados /Conclusiones	Manejo clínico/psicosocial o mixto
<p>1.- Libro: Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial, Capítulo: "Intervención Psicosocial desde el gabinete de Psicología e instituciones penitenciarias en la violencia de género".</p> <p>Autor: Montes Berges B. Revista/sitio: Capítulo de Libro. Vol/Número: Única edición. Año: 2010. Páginas: 1-32. Diseño: Libro.</p>	<p><u>Intervención biopsicosocial</u></p> <p>1) <u>Servicio de orientación básica (SOB):</u> acogida y evaluación de la mujer (recoger información de ella y el victimario, historia de la violencia, peligrosidad del agresor, consecuencias psicológicas en la mujer), elaborar un plan de seguridad (individualizado, orden de alejamiento, conseguir apoyo familiar y/o social), garantizar el seguimiento, realizar informe para el juzgado en caso de ser necesario.</p> <p>2) <u>Servicio de asistencia psicológica básica:</u> individual, basado en las necesidades establecidas por SOB. La mujer podrá ser incorporada a un máximo de seis programas (depresión y autorreforzamiento, ansiedad y relajación, habilidades sociales, autoestima y autoconcepto, estrategias de resolución de conflictos). El grupal es guiado por una psicóloga: descubren que la problemática es compartida por más mujeres y su anormalidad. Se trabajan habilidades sociales, comunicación, estrategias de resolución de conflictos, identificación con otras víctimas, se recupera la confianza en las relaciones sociales y generan nuevas redes de apoyo. * No todas las mujeres son candidatas a terapia grupal.</p> <p>3) <u>Servicio de atención de hijos:</u> dota a las mujeres de habilidades para atender a sus hijos de forma eficaz bajo este contexto de violencia, evitando así el olvido del cuidado experimentado con frecuencia en estos casos.</p> <p>4) <u>Tratamiento a los agresores:</u> basado en la terapia coactiva, es decir, aquella que se ofrece en reemplazo de una medida penal. Aplicación de cuestionarios para evaluar su peligrosidad. Puede ser individual y/o grupal, tratamiento de abuso de alcohol/drogas, posibilidad de terapia de pareja (una vez finalizado con éxito el tratamiento individual/grupal), escenificación de la violencia (roleplaying), autoobservación y auto registro de reacciones de ira, suspensión temporal, reestructuración de actitudes, técnicas de relajación, abordaje de celos, entrenamiento de asertividad, y habilidades sociales.</p>	<p>Psicosocial</p>

<p>2.- Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional.</p> <p>Autor: Medrano A, Miranda M, Figueras V. Revista: Géneros, Multidisciplinary Journal of Gender Studies Vol/Número: 6/Nº1. Año: 2017. Páginas: 1231-1262. Diseño: Análisis cuantitativo de una encuesta.</p>	<p><u>Norma -046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual contra las mujeres, criterios para la prevención y atención.</u></p> <p><u>1) Detección de probables casos y diagnóstico:</u> realizar entrevista dirigida, si la mujer no puede contestar, dirigirse al acompañante, sin perder de vista que podría ser el agresor, apoyo de traductor cuando no maneje el español.</p> <p><u>2) Tratamiento y rehabilitación:</u> atención integral a los daños psicológicos y físicos, referir según necesidad a otros servicios. Impartir consejería en servicios médicos, con personal capacitado.</p> <p><u>3) Tratamiento específico de violación sexual:</u> estabilizar, reparar daños, evaluar y tratar lesiones físicas. Proporcionar consejería, seguimiento y orientación.</p> <p><u>4) Aviso al Ministerio público:</u> elaborar un informe mediante el formato establecido en casos de lesiones u otros signos de violencia sexual. Ante lesiones que impliquen peligro de vida se dará aviso inmediato al Ministerio público.</p> <p><u>5) Consejería y seguimiento:</u> informar sobre derecho a denunciar, la existencia de centros de apoyo, y pasos a seguir para acceder a servicios de atención, protección y defensa, siempre respetando las decisiones de la mujer.</p> <p><u>6) Sensibilización, capacitación y actualización:</u> el personal de salud debe recibir constante capacitación en los protocolos a seguir, información de centros especializados para el tratamiento, consejería y asistencia social, entre otros.</p>	<p>Mixto</p>
<p>3.- Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia: Una propuesta de indicadores.</p> <p>Autor: López L. Revista: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Vol/Número: 7/Nº5. Año: 2009. Páginas: 62-83. Diseño: Guía metodológica.</p>	<p><u>Línea estratégica I, Capacitación:</u> a profesionales de la salud general y mental.</p> <p><u>II, Atención, protección y rehabilitación:</u> protocolizar intervenciones, optimizar y vincular servicios, evitar la re-victimización, ampliar la cobertura y diversificación de los recursos. Fomentar unidades de atención psicológica individual.</p> <p><u>III, Coordinación y participación:</u> facilitar espacios de reflexión, incrementar la coordinación entre los ámbitos policial, jurídico y sanitario. Insertar en las consultas de sanidad la atención psicológica y jurídica, y servicios de consejería de ITS/VIH/SIDA. *</p> <p><u>IV, Espacios referenciales:</u> por Departamentos de Promoción y Educación para la Salud; sensibilización social, identificación de señales de alerta, develar mitos y estereotipos, prevenir relaciones abusivas y la</p>	<p>Mixto</p>

	<p>escalada del daño, elaboración de trípticos informativos.</p> <p><u>1) Primera ayuda psicológica:</u> enfrentamiento de la crisis. Intervención breve cuyo tiempo depende del nivel de desorganización y del trastorno emocional de la paciente. Entrega apoyo y vincula con otros recursos de ayuda, alivia el malestar psicológico, restaura el equilibrio y asegura la reducción de riesgos potenciales de cronificación y agudización de síntomas psiquiátricos. Se examina el problema, exploran soluciones posibles, ayuda a tomar una acción concreta y registra el seguimiento. Se debe garantizar una buena acogida, ser empático, no juzgar, transmitir tranquilidad y seguridad, no desconfiar del relato, respetar los silencios, escuchar activamente, animarla a recibir ayuda, facilitar la descarga emocional, invitar a que ella evalúe los riesgos, consecuencias anteriores y actuales, explorar sentimientos de culpa, y red de apoyo familiar, laboral y comunitario. Priorizar necesidades, examinar estrategias anteriores que ella haya utilizado, proporcionar una lista de recursos, elogiar comportamientos positivos y fortalecer la autoestima. Evaluar necesidades de derivación y seguimiento según deseos, posibilidades y autonomía de la paciente.</p> <p><u>2) Servicio de consejería:</u> se intercambia información específica de violencia de pareja, que proporciona a la paciente elementos de análisis de su situación para permitir construir nuevos escenarios en libres de relaciones abusivas. Previene la victimización secundaria y escalada de daño mediante la ayuda y acompañamiento. Facilita el cambio en el comportamiento.</p>	
<p>4.- Detección de la violencia de género en atención primaria.</p> <p>Autor: Sans M, Sellarés J. Revista: Revista española de medicina legal. Vol/Número: 36/Nº3. Año: 2010. Páginas: 104-109. Diseño: Descriptivo.</p>	<p>Registrar en ficha clínica en caso de confirmación de VPI: hechos, fechas, tipo de agresión.</p> <p><u>1) Sospecha de VPI:</u> acompañar en el reconocimiento de violencia y toma de decisiones, informar acerca de la posible denuncia, derechos y sobre los servicios donde puede acudir para mayor información. Ofertar participar en intervenciones grupales.</p> <p><u>2) VPI sin peligro extremo:</u> elaborar un plan de seguridad ante una posible situación extrema, establecer plan de seguimiento (ayuda en toma de decisiones, prevención de nuevos maltratos), derivar (previo consentimiento) según necesidades.</p>	<p>Mixto</p>

	<p>3) <u>VPI con peligro extremo</u>: informar sobre la situación grave de violencia a la que está expuesta, plantear posibles estrategias a seguir. Reconocer situación familiar y dependientes, recursos con los que cuenta. Emitir parte de lesiones e informe médico, entregar una copia e informar a donde dirigirse.</p>	
<p>5.- The health systems response to violence against women</p> <p>Autor: Moreno C, Kelsey Hegarty, D'Oliveira A, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G.</p> <p>Revista: Lancet. Vol/Número: 385/9977 Año: 2015 Páginas: 1567-1579 Diseño: Revisión sistemática.</p>	<p><u>Respuesta (R) del sistema de salud cuando:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La situación de violencia no ha sido reconocida aún: R: Sugerir posibilidad de conexión entre los síntomas con el comportamiento de la pareja. - La situación de violencia fue reconocida por la mujer: R: Comentarle que el abuso no es aceptable, alentar posibilidades de acción. Elogiar las decisiones que tome la mujer, sea lo que sea que haga. - La mujer se encuentra planificando, considerando opciones y decisiones: R: Explorar opciones, referir, y respetar la decisión sobre lo que la mujer quiera cambiar. - Se encuentra aún en la relación abusiva: R: Planificar la seguridad, promover bienestar, hablar con familia, conseguir órdenes de protección. Brindar apoyo continuo para las mujeres y niños. - Decide terminar la relación: R: Garantizar todos los servicios y verificar el plan de seguridad. Continuar con el apoyo continuo para mujeres y niños. <p><u>Recomendaciones generales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con respecto, validar la experiencia de la mujer. - No imponer tratamientos o soluciones. <p><u>Para mujeres víctimas de violencia sexual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Colección de forense de evidencia cuando sea relevante. Atención médica mental por trauma. - Anticoncepción de emergencia y acceso al aborto seguro. - Prevención VIH/ITS. * - Seguimiento de la salud mental a largo plazo. 	<p>Mixto</p>
<p>6.- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.</p> <p>Autor: World Health Organization.</p>	<p><u>Cuidado centrado en la mujer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A las mujeres que dan a conocer cualquier tipo VPI se les debe ofrecer apoyo inmediato. - Los proveedores de salud deben como mínimo ofrecer soporte de primera línea que incluye: - No juzgar, dar apoyo y validar lo que la mujer está diciendo. 	<p>Mixto</p>

Revista/sitio: sitio OMS.

Vol/Número: -

Año: 2013.

Páginas: 1-68.

Diseño: Libro.

- Brindar atención práctica y apoyo que responda a sus preocupaciones, pero no entrometerse.

- Preguntar sobre su historial de violencia, escuchar con atención, pero no presionar para hablar.

- Ayudarla a acceder a información sobre recursos, incluyendo servicios legales y de otro tipo, que puedan ser útiles en su caso.

- Ayudarla a aumentar la seguridad para ella y sus hijos, cuando sea necesario.

- Proporcionar o movilizar el apoyo social.

- Los proveedores deben garantizar: que la consulta se lleve a cabo en privado y la confidencialidad. Se debe informar a las mujeres de los límites de la confidencialidad (por ejemplo, cuando es obligatoria la notificación).

- Si los proveedores de servicios de salud no son capaces de proporcionarlo, deben asegurarse de que alguien más (dentro de su centro de atención médica o de otro que es de fácil acceso) esté inmediatamente disponible para hacerlo.

Identificación de la violencia de pareja

- La detección universal no debe ser implementada.

- Los proveedores de salud deben preguntar sobre la exposición a

la violencia de pareja en la evaluación de las condiciones clínicas que puedan asociarse con violencia de pareja.

- Información escrita sobre la violencia de pareja debe estar disponible en los centros de atención de la salud en forma de carteles, panfletos o folletos realizados en las zonas privadas, tales como baños de mujeres (con advertencias apropiadas acerca de llevarlas a casa, si una pareja abusiva las acompaña).

Cuidar de sobrevivientes de violencia de pareja

- Las mujeres con diagnóstico preexistente de trastorno mental relacionado con la violencia (trastorno depresivo o por consumo de alcohol) deben recibir atención de salud mental para el trastorno (según la guía de intervención Programa de Acción en Salud Mental, 2010), entregado por profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra las mujeres.

- La terapia cognitiva conductual (TCC) o la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)*, se recomiendan para mujeres que ya no están experimentando la violencia, pero sufren de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

- Las mujeres que han pasado por lo menos una noche en un refugio, refugio o casa de seguridad se deben ofrecer un programa estructurado de actividades de promoción, apoyo y / o potenciación.

- Las mujeres embarazadas que sufren VPI se les debe ofrecer asesoramiento de duración breve a media para empoderamiento (hasta 12 sesiones) y de defensa / apoyo, incluyendo un componente de seguridad.

- Cuando los niños están expuestos a VPI en casa, se les debe ofrecer una intervención psicoterapéutica (sesiones con y sin su madre).

Intervenciones durante los primeros 5 días después del asalto sexual

- Oferta de soporte de primera línea: proporcionar atención y apoyo práctico, respondiendo a sus preocupaciones, pero sin entrometerse en su autonomía. Escuchar sin presionarla, brindarle ayuda para aliviar o reducir su ansiedad. Ofrecer información, y ayudarla a conectarse a los servicios y apoyos sociales.

- Evaluar la historia completa de lo sucedido para determinar las intervenciones apropiadas. Realizar un examen físico completo (cabeza a los pies incluyendo genitales). Evaluar: tiempo transcurrido desde asalto y el tipo de asalto, riesgo de embarazo, riesgo de VIH/ITS y estado de salud mental.

- Ofertar anticoncepción de emergencia en el plazo de 5 días de asalto sexual, idealmente tan pronto como sea posible después del asalto, para maximizar la eficacia.

- Deben ofrecer levonorgestrel, si está disponible. Se recomienda una dosis única de 1,5 mg, ya que es tan eficaz como dos dosis de 0,75 mg dado 12-24 horas de diferencia. Si no está disponible, ofrecer estrógeno y progestágeno combinados, junto con antieméticos si están disponibles.

- Si la anticoncepción oral de emergencia no está disponible y es factible, se puede ofrecer el dispositivo intrauterino de cobre (DIU), para las mujeres que buscan la prevención del embarazo en curso. Teniendo en cuenta el riesgo de ITS, el DIU se puede insertar hasta 5 días después del asalto sexual.

- Si la anticoncepción de emergencia falla, se debe ofrecer acceso al aborto seguro, de conformidad con la legislación nacional.

- Según el riesgo, ofrecer profilaxis post-exposición (PEP) al VIH, dentro de las 72 horas de un asalto sexual. Asegurar el seguimiento del paciente a intervalos regulares. Usar regímenes de dos medicamentos (usando una combinación de dosis fija) se prefieren generalmente sobre los regímenes de tres fármacos, priorizando drogas con menos efectos secundarios.

- Ofrecer profilaxis post-exposición para ITS (clamidia, gonorrea, tricomonas, sífilis, dependiendo de la prevalencia).

- Vacunación contra la hepatitis B, dependiendo del estado inmunológico respecto al virus (realizar toma de muestra antes de administrar la primera dosis).

- Realizar soporte de primera línea.

- Proporcionar información escrita sobre las estrategias de afrontamiento para el estrés grave.

- Interrogatorio psicológico no debe ser utilizado.

Formación de los profesionales de la salud sobre la violencia de pareja y asalto sexual

- Formación en apoyo de primera línea se les debe dar a los proveedores de atención de la salud (en particular los médicos, enfermeras y parteras). Brindar enseñanzas de habilidades apropiadas, incluyendo: cuándo y cómo investigar, la mejor manera de responder a las mujeres, identificación y atención para los sobrevivientes VPI y asalto sexual, cómo llevar a cabo la recopilación de pruebas forenses, conocimientos básicos sobre la violencia, incluidas las leyes que son relevantes, conocimiento de los servicios existentes que pueden ofrecer apoyo, actitudes inapropiadas entre los profesionales de la salud (por ejemplo, culpar a las mujeres por la violencia).

- La formación, tanto para VPI y asalto sexual debe integrarse en el mismo programa.

Política y provisión de atención médica

- La atención de estas mujeres debe, en lo posible, integrarse en los servicios de salud existentes, como un servicio autónomo.

- Un país necesita varios modelos de atención según los diferentes niveles del sistema de salud. Sin embargo, se debe dar prioridad a la capacitación y la prestación de servicios en el primer nivel de atención.

- Un profesional de la salud (enfermera, médico o equivalente), quien es entrenado en el cuidado de

	<p>asalto sexual con perspectiva de género, debe estar disponible en todo momento del día o de la noche.</p> <p><u>Informe obligatorio de VPI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La notificación obligatoria de VPI a la policía no se recomienda, sin embargo, se debe ofrecer reportar el incidente, si la mujer lo desea. - El maltrato infantil y los incidentes que amenazan la vida deben ser reportados, donde exista un requisito legal para hacerlo. 	
<p>7.- A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research.</p> <p>Autor: Joyner K, Mash B. Revista: BMC Health Services Research. Vol/Número:12/N°399. Año: 2012. Páginas: 1-10. Diseño: Experimental.</p>	<p><u>Un modelo integral para la violencia de pareja en atención primaria de Sudáfrica (Joyner y Mash)</u></p> <p>Preguntar: “¿Eres infeliz en tu relación de pareja?” o “¿No estas satisfecho con tu relación?” ante situaciones sugestivas de VPI como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas vagos no específicos. - Historia de enfermedad mental o medicación. - Fatiga y/o insomnio, problemas somáticos inexplicables. - Síntomas de depresión, sentimientos de ansiedad/mareos/intranquilidad. - Padecimientos crónicos. - ITS* a repetición. - Traumas. - Sospecha de abuso de alcohol o drogas. <p>Si la respuesta es <u>SI</u>:</p> <p><u>Realizar una intervención clínica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de ITS/VIH*. - Registrar y tratar injurias, heridas. - Consultar por métodos anticonceptivos/embarazo. - Ofrecer esterilización si corresponde. <p><u>Luego referir a expertos de VPI para:</u></p> <p><u>Intervención psicológica:</u> escuchar atentamente la historia, verificar existencia de problemas mentales, considerar desórdenes de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, estrés postraumático.</p> <p><u>Intervención social:</u> evaluar el apoyo social actual, explorar posibilidades futuras, evaluar seguridad y riesgos, retroalimentar, hacer un plan de seguridad. Ayuda en la mantención de los hijos y referir a algunas organizaciones de apoyo.</p> <p><u>Intervención legal:</u> referir a la Corte familiar para obtener orden de protección, a la Unidad de Empoderamiento de las Víctimas y/o estaciones de policía, Organizaciones sin fines de lucro para asistencia legal.</p>	<p>Mixto</p>

<p>8.- An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines.</p> <p>Autor: Feder G, Wathen C, MacMillan H. Revista: JAMA The Journal of the American Medical Association. Vol/Número: 310/Nº5. Año: 2013. Páginas: 479-480. Diseño: Opinión de expertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres víctimas de VPI deben obtener apoyo de inmediato. Si el médico es incapaz de proporcionarlo, debe derivar (dentro del mismo centro asistencial). - Los profesionales sanitarios deben como mínimo estar preparados para proporcionar apoyo de primera línea. - No realizar tamizaje universal, sólo ante sospecha. - No presionar a mujeres para revelar información ni para presentar cargos, dejar progresar a “su propio ritmo”. - Las víctimas de VPI con diagnóstico preexistente de trastornos mentales deben recibir atención de profesionales bien preparados en salud mental. - A las mujeres que presenten estrés postraumático o VPI prolongada se les debe ofrecer TCC. - A las mujeres que pernoctaron al menos una noche en un refugio o “casa segura”, se les debe ofrecer un programa de apoyo para defensa y empoderamiento. - Las mujeres embarazadas deben recibir asesoramiento en empoderamiento de corta a mediana duración por consejeros expertos en VPI. - A los niños que viven en hogares donde exista VPI, se les debe ofrecer una intervención psicoterapéutica. - Se debe capacitar en apoyo de primera línea y agresiones sexuales, a médicos, enfermeras y matronas. - El lugar donde se brinda la atención a estas mujeres debe estar al interior del servicio de salud. - No se recomienda la presentación obligatoria de informes a la policía, solo realizar en caso de que la mujer así lo desee. 	<p>Mixto</p>
<p>9.- Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review.</p> <p>Autor: Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, Lenahan P, Cronholm P. Revista: American Journal of preventive medicine. Vol/Número: 46/Nº2. Año: 2014. Páginas: 188-194.</p>	<p>Institute of Medicine (IOM) , “Clinical preventive services for women: closing the gaps”: recomendó el 2011 que la detección de VPI fuera parte de la atención médica preventiva en todas las mujeres en edad fértil. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF): el 2013 realiza la misma recomendación.</p> <p><u>Recomendaciones generales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Discusión empática sobre los ciclos de violencia y comportamientos que promuevan la seguridad. - Derivación a recursos locales de VPI basados en la comunidad. - Referencia a organizaciones comunitarias para abordar necesidades adicionales (vivienda, cuidado de hijos). - Brindar información, prevención y/o tratamiento de VIH/ITS* y sobre coerción reproductiva. 	<p>Mixto</p>

Diseño: Revisión sistemática.		
<p>10.- Transforming the healthcare response to intimate partner violence and taking best practices to scale.</p> <p>Autor: Decker M, Frattaroli, S, McCaw B, Coker, A, Miller, E, Sharps, P, Gielen, A, et al. Revista: Journal of women's health. Vol/Número: 21/N°12. Año: 2012. Páginas: 1222-1229. Diseño: Reporte de simposio.</p>	<p><u>Registro médico electrónico:</u> incorporar preguntas de detección de VPI de rutina (anamnesis). Manejar a la paciente en un equipo multidisciplinario, liderado por un médico capacitado.</p> <p><u>Intervención para reducir el embarazo no deseado:</u> realizada en entornos clínicos de planificación familiar (PF), ofrece detección, evaluación, discusión sobre medidas de reducción de riesgo de embarazo no deseado, educación, referencia a servicios de apoyo a víctimas.</p> <p><u>Detección de VPI en entornos pediátricos:</u> aplicar un cuestionario estandarizado para padres que permite evaluar VPI y otros factores de riesgo.</p> <p><u>Visitas domiciliarias (VD):</u> VD mejoradas contra la violencia doméstica (DOVE*). Realizadas por enfermeras, que brindan educación y apoyo a madres con tres visitas prenatales y tres posparto (hasta las 12 semanas). Se discuten efectos nocivos de VPI, promoción de relaciones saludables, involucrando a padres y otros hombres, toma de decisiones y habilidades para resolución de problemas.</p> <p><u>Modelo de prevención de violencia del compañero íntimo</u></p> <p><u>1) Consulta y referencia:</u> tener atención directa en cualquier consulta: se pregunta por historial médico, se discute al respecto (tener póster y material sobre VPI), ofrecer material sobre servicios a los cuales la paciente pueda acudir.</p> <p><u>2) Servicios de VPI:</u> evaluar el peligro, realizar un plan de seguridad, evaluación y triage por servicios de salud mental, referir a otros lugares de ayuda comunitarios y servicios de abogados. Ofrecer ayuda de programa de apoyo para empleo (EAP*).</p> <p><u>3) Ambiente de apoyo:</u> contar con póster, folletos en área de espera y salas de atención, recursos on line, campañas en TV, radio, periódicos. Contar con un equipo bien entrenado.</p> <p><u>4) Vínculos comunitarios:</u> servicio de atención a las víctimas 24 horas (para atención de crisis). Servicio de alojamiento de emergencia y transitorio, ayuda legal, grupos de apoyo para víctimas y perpetradores y servicio de cuidado para niños.</p>	Mixto

<p>11.- Trends in public health policies addressing violence against women.</p> <p>Autor: Rojas K, Gutiérrez T, Cantera L, Marengo L, Fernández A.</p> <p>Revista: Revista de Saúde Pública.</p> <p>Vol/Número: 48/Nº4.</p> <p>Año: 2014.</p> <p>Páginas: 613-621.</p> <p>Diseño: Descriptivo – comparativo.</p>	<p>Sólo se mencionan aquellos de atención de VPI en salud.</p> <p>Cataluña: <u>Plan de políticas de la mujer de la mayoría de Cataluña (2008-2011): desarrolla la “Intervención integral contra la violencia machista” y basado en el “Protocolo común para la acción sanitaria ante la violencia de género (2007)” que propone intervenciones según el caso: (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujer que presenta indicadores de sospecha pero que manifiesta no padecer violencia (IMAGEN 1). - Mujer que afirma padecer violencia pero que no se encuentra en peligro extremo (IMAGEN 2). - Mujer que afirma padecer violencia y que se encuentra en peligro extremo (IMAGEN 3). <p><u>Plan de salud de Cataluña en el horizonte de 2010: implementación de protocolos ya existentes de forma territorial para responder de manera rápida y coordinada (Ministerio de Sanidad y política social, 2008).</u></p> <p>España: <u>Plan de conciencia y prevención para violencia de género del gobierno español (2009):</u> mantiene un seguimiento epidemiológico estricto sobre la violencia, coordinación efectiva de los servicios de salud y ofrece capacitación a estos.</p> <p><u>Protocolo común para la acción sanitaria ante la violencia de género (2007):</u> descrito anteriormente.</p> <p>Costa rica: <u>Política nacional para la igualdad y equidad de género (PIEG) (2007):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención especializada al agresor. - Atención y prevención en la comunidad. <p><u>Acciones de Gobierno del Ministerio de Salud en términos de violencia intrafamiliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción y prevención. Detección y registro, realizar contención y orientación especializada, además de seguimiento. <p><u>Regulaciones de atención en salud para personas afectadas por violencia intrafamiliar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo estratégico central, local y regional, donde exista promoción de salud y vigilancia epidemiológica. <p><u>Protocolo de atención a personas víctimas de violencia intrafamiliar y / o abuso sexual extra familiar en los servicios de salud del país:</u></p>	<p>Mixto</p>
--	---	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega instrumentos para atención primaria de víctimas y promoción del trabajo en equipo. <u>Protocolo interinstitucional para la atención integral de víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas (menores y adultos) (2011):</u> - Atención interdisciplinaria, integral y oportuna, dentro de las primeras 72 horas, para disminuir la probabilidad de infecciones por VIH/ETS*, evitar la victimización recurrente y obtener evidencia legal. - Intervención durante la crisis (primeros auxilios). <u>Plan Operativo Nacional de Atención y Prevención de la violencia intrafamiliar / Plan de Atención y Prevención (Planovi):</u> - Detección y registro. - Referencia y Coordinación. - Personal de autocuidado y reflexión. <u>Plan Nacional de Salud 2010-2021:</u> - Promoción de prácticas saludables en temas como violencia intrafamiliar y sexual. - Integración de contenidos que favorezcan la igualdad y equidad de género y vida libre de violencia en los planes de educación pública (carreras de la salud). 	
<p>12.- Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa.</p> <p>Autor: Artz, L, Meer, T, Aschman, G. Revista: African Journal of Primary Health Care & Family Medicine. Vol/Número:10/Nº1. Año: 2018 Páginas: 1-7. Diseño: Revisión de literatura.</p>	<p>Sudáfrica:</p> <p><u>Buenas prácticas en las profesiones de atención médica: Directrices éticas generales para la salud reproductiva del Consejo de Profesiones de la Salud de Sudáfrica (2008) (HPCSA)*:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar los resultados físicos y psicológicos de la VPI. - Afirmar a las mujeres que la violencia no es aceptable. - Asegurar que se realice la búsqueda de un refugio seguro y asesoramiento continuo. - Abogar por resoluciones no violentas, con ayuda de trabajadores sociales y otros trabajadores de la salud cuando corresponda. <p><u>Ley de Atención de Salud Mental, 2002:</u> evaluar presencia de violencia doméstica en las consultas de salud mental.</p> <p><u>Martin y Jacobs (2003):</u> cuestionario de detección universal, atención física y psicológica integral, evaluación y desarrollo de plan de seguridad, información sobre derechos legales y derivación servicios externos para asistencia adicional. Contiene un formulario de examen físico integral para guiar a los profesionales de la salud en la documentación de incidentes pasados y presentes de lesiones físicas.</p>	<p>Mixto</p>

	<p><u>Joyner y Mash (2009):</u> extendió el uso del protocolo de Martin a otros centros de salud. Cribado selectivo, sólo cuando existan indicios de violencia.</p> <p>Serbia: <u>Protocolo Especial del Ministerio de Salud de la República de Serbia sobre Protección y Tratamiento de las Mujeres Víctimas de Violencia:</u> un manual para guiar a los profesionales de la salud en el reconocimiento y el tratamiento de la violencia. Uso de un software para documentar episodios y repercusiones para la salud en una base de datos electrónica.</p> <p>Vietnam: <u>Mejorando la respuesta de la atención médica a la violencia basada en el género:</u> cribado de rutina de todas las pacientes mayores de 15 años y el cribado de niñas menores de 15 años si mostraban síntomas de abuso. Asesoramiento gratuito, pruebas de detección del VIH* y documentación de lesiones físicas sin requerir que se imponga un cargo a la policía.</p>	
<p>13.- Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain</p> <p>Autor: Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Revista: BMC Public Health. Vol/Número: 13 Año: 2013. Páginas: 1-18. Diseño: Revisión sistemática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a todas las mujeres sobre VPI. - Estar alerta a posibles signos y síntomas. - Garantizar la privacidad y confidencialidad (mantener registros clínicos confidenciales). - Proporcionar asistencia sanitaria, información sobre los recursos disponibles, coordinar con otros profesionales e instituciones. - Documentar lo que dice la mujer y recoger pruebas forenses si es necesario. - Validar a la mujer y respetar sus decisiones, creerle, empatizar y no menospreciar sus experiencias. - Evaluar el riesgo (elaboración de un plan de seguridad), evaluar las expectativas de la mujer y proporcionar opciones. - Consulta de rutina para VPI en la atención prenatal. - Explorar la situación de los niños víctimas de maltrato (considerar que sus madres pueden ser también mujeres en situación de vulnerabilidad). - Dar información sobre los servicios de crisis y servicios a largo plazo. - Evitar el contacto con la pareja de mujer. - No referir a terapia de pareja. - Explorar con las mujeres cómo son tratados sus hijos. 	
<p>14.- Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: creating</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar el tratamiento de VPI en un modelo de atención crónica. 	<p>Mixto</p>

<p>sustainable system-level programs.</p> <p>Autor: Hamberger LK, Rhodes K, Brown J. Revista: Journal of Women Health. Vol/Número: 24/Nº1 Año: 2015 Páginas: 86-91. Diseño: Descriptivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El screening y el tratamiento de VPI, debe realizarse en el mismo punto de atención. - Garantizar la presencia de un experto en VPI en el lugar de atención médica, favoreciendo la detección y derivación oportuna. - Capacitación de todo el personal presente en el lugar (incluyendo personal no médico, ej: secretarias). - Generar políticas y procedimientos de atención singulares para el contexto de cada unidad. - Obtener colaboración de agencias de abogados expertos en VPI. - Incorporar estrategias continuas de mejora y calidad de los protocolos/programas existentes. - Enfoque de prevención primaria: suministrar información (afiches, folletos) de relaciones saludables, y estrategias de resolución de conflictos a los pacientes que dan negativo para VPI. 	
<p>15.- Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents.</p> <p>Autor: Dutton M, James L, Langhorne A, Kelley M. PhD4 Revista: Journal of Women Health. Vol/Número: 24/Nº1. Año: 2015. Páginas: 80-85. Diseño: Descriptivo.</p>	<p><u>Intervenciones comunitarias:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) MBSR (mindfulness-based stress reduction): programa grupal, donde se entregan herramientas de mindfulness. 2) CONNECT (telehealth intervention): realizada por telemedicina que entrega información acerca de seguridad y defensa; habilidades de atención plena (mindfulness), terapia de aceptación y compromiso, además de psicoeducación. <p><u>Recomendaciones en el contexto sanitario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener al personal clínico capacitado respecto a programas locales de referencia y VPI. - Presencia de expertos en VPI en el entorno de atención clínica. - Contar con el servicio de visita domiciliaria. 	<p>Mixto</p>
<p>16.- A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings</p> <p>Autor: Sprague S, Scott T, Garibaldi A, Bzovsky S, Slobogean GP, McKay P, et al. Revista: European Journal of Psychotraumatology. Vol/Número: 8/Nº1.</p>	<p>Este artículo evaluó la efectividad de los programas de asistencia a mujeres que experimentan VPI. Establece <u>recomendaciones generales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cambios ambientales: proporcionar un lugar privado para discutir sobre VPI con los pacientes. - Reforzar protocolos, vías de detección y derivación. - Cambios en el personal: educación y capacitación intensiva, formar expertos en VPI. - Cambios en los servicios: adopción de servicios de tratamiento de VPI in situ en los servicios sanitarios. - Reforzar participación de la comunidad. - Estudiar a futuro efectos adversos de las intervenciones. 	<p>Clínico</p>

Año: 2017
Páginas: 1-14.
Diseño: Revisión de alcance.

- * ITS: Infecciones de transmisión sexual/ VIH: Virus de inmunodeficiencia humana/ SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana.
- * EMDR: Eye movement desensitization reprocessing. Esta terapia implica asociaciones espontáneas de imágenes traumáticas, pensamientos, emociones y sensaciones corporales, y estimulación bilateral, más comúnmente en forma de movimientos repetitivos de ojos.
- * VPI: Violencia de pareja íntima.
- * DOVE: Domestic Violence Enhanced Home Visitation.
- * EAP: Employee Assistance Program.
- * ETS: Enfermedades de transmisión sexual.
- * HPCSA: Health Professions Council of South África.

IMAGEN 1

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra
- Trabajo en la consulta-seguimiento:
 - Atención integral/interdisciplinar.
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

IMAGEN 2

- Registrar en la historia clínica
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra
- Trabajo en la consulta-seguimiento:
 - Atención integral/interdisciplinar
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
 - Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro ú otros recursos de la zona).
- Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer)
 - Al personal de trabajo social
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer
- Emitir parte de lesiones cuando proceda*
- Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera

IMAGEN 3

- Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas
- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta
- Llamar al 112 (Emergencias) o los servicios específicos de su comunidad autónoma

ANEXO 4: Artículos analizados y base de datos respectiva.

Título artículo	Base de dato
1.- Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial.	Google Scholar
2.- Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional.	Google Scholar
3.- Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia: Una propuesta de indicadores.	Google Scholar
4.- Detección de la violencia de género en atención primaria.	Google Scholar
5.- The health systems response to violence against women	Google Scholar
6.- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.	Google Scholar
7.- A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research.	Google Scholar
8.- An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines.	Google Scholar
9.- Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review.	Google Scholar
10.- Transforming the healthcare response to intimate partner violence and taking best practices to scale.	Google Scholar
11.- Trends in public health policies addressing violence against women.	Pubmed

12.- Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa.	Pubmed
13.- Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain	Pubmed
14.- Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: creating sustainable system-level programs.	Pubmed
15.- Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents.	EBSCOhost
16.- A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings	EBSCOhost

Biografías

Loreto B. Pantoja, matrona y profesora asistente del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Encargada de cursos como Investigación en Salud y Obstetricia Fisiológica, en más de un periodo. Se ha interesado en la investigación respecto a diversos temas, entre las publicaciones que ha realizado destacan los ámbitos de parto humanizado y satisfacción de la atención y acompañamiento del proceso de parto por matronas. Actualmente es investigadora en un proyecto sobre la violencia de pareja ejercida en púerperas y gestantes, en centros de atención primaria.

Paulina A. Dattari, estudiante de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, actualmente Licenciada en Obstetricia, en proceso de titulación para convertirse en matrona. Se interesó en la violencia de pareja al participar como encuestadora en un proyecto de investigación sobre este tema en centros de atención primaria en la comuna de Recoleta, realizado por la Profesora Asistente Loreto Pantoja y Maribel Mella.