

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DE LA MUJER MALTRATADA

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DE LA MUJER MALTRATADA

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCIA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| 1. JUSTIFICACION..... | 6 |
| 1.1 IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD..... | 7 |
| 2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES | 9 |
| 2.1 DEFINICION | 9 |
| 2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES..... | 9 |
| 2.2.1 Formas de Violencia doméstica | 9 |
| 2.2.2 Violencia Contra La Mujer..... | 10 |
| 2.2.3 Violencia Física..... | 10 |
| 2.2.3.1 Factores de Riesgo | 11 |
| 2.2.4 Violencia Psicológica | 12 |
| 2.2.4.1 Factores De Riesgo..... | 12 |
| 2.2.5 Violencia Sexual | 13 |
| 2.2.5.1 Factores de Riesgo | 14 |
| 3. OBJETIVO..... | 15 |
| 4. POBLACION AFILIADA | 15 |
| 5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION MALTRATO FISICO | 15 |
| 5.1 SOSPECHAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER | 15 |
| 5.1.1 Razones por las que los profesionales de la salud no preguntan por el maltrato..... | 16 |
| 5.1.2 Razones por las cuales las mujeres no cuentan sobre el maltrato..... | 17 |
| 5.1.3 Estrategia para la detección de las mujeres víctimas de violencia | 17 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.2 | CONSULTA MÉDICA DE EVALUACIÓN A LA AGREDIDA EN LOS CASOS DE MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO..... | 19 |
| 5.2.1 | Documentación..... | 20 |
| 5.2.1.1 | <i>Signos y síntomas en los casos de maltrato físico</i> | 20 |
| 5.2.1.2 | <i>Alteraciones Psicológicas</i> | 21 |
| 5.2.2 | Otras medidas a realizar..... | 21 |
| 5.3 | CONSULTA POR PSICOLOGIA..... | 21 |
| 5.4 | HOSPITALIZACIÓN..... | 22 |
| 5.5 | PROTECCIÓN..... | 22 |
| 5.6 | NOTIFICACIÓN..... | 23 |
| 5.7 | DENUNCIA..... | 23 |
| 5.8 | CONSULTA CON EL AGRESOR..... | 23 |
| 5.9 | SEGUIMIENTO..... | 24 |
| 6. | CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION DEL MALTRATO PSICOLÓGICO..... | 24 |
| 6.1 | DIAGNÓSTICO..... | 24 |
| 6.1.1 | Signos y síntomas relacionados con maltrato psicológico..... | 25 |
| 6.2 | INTERVENCIÓN..... | 26 |
| 6.3 | ATENCIÓN PSICOLÓGICA..... | 26 |
| 6.4 | SEGUIMIENTO..... | 26 |
| 7. | CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL..... | 27 |
| 7.1 | DIAGNÓSTICO..... | 27 |
| 7.1.1 | Criterios para la recepción de casos..... | 27 |
| 7.1.2 | Signos y síntomas relacionados con violencia sexual..... | 28 |
| 7.1.3 | Anamnesis..... | 29 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7.1.4 | Examen físico en caso de violencia sexual (18)(38)(32)(12) | 29 |
| 7.1.5 | Toma de Muestras | 30 |
| 7.1.5.1 | Búsqueda de Espermatozoides o semen | 31 |
| 7.1.5.2 | Muestras en Ropa | 31 |
| 7.2 | INTERVENCIÓN | 31 |
| 7.2.1 | Enfermedades de Transmisión Sexual | 32 |
| 7.2.1.1 | Terapéutica Profiláctica para E.T.S. | 32 |
| 7.2.2 | Prevención de Embarazo | 33 |
| 7.3 | ATENCIÓN PSICOLÓGICA. | 33 |
| 7.4 | NOTIFICACIÓN | 33 |
| 7.5 | DENUNCIA | 34 |
| 7.6 | SEGUIMIENTO | 34 |
| 8. | FLUJOGRAMAS | 34 |
| 9. | BIBLIOGRAFÍA | 35 |

“Las mujeres no pueden contribuir de lleno con su labor o con sus ideas creativas si están agobiadas por las heridas físicas y psicológicas del abuso” Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer.

1. JUSTIFICACION

La violencia contra la mujer es la manifestación más cruda del desbalance de las relaciones de poder entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en la sociedad donde, tanto en el nivel de la ley como de la costumbre, se ha ignorado, tolerado, y hasta estimulado tal comportamiento.

Aunque no es posible determinar la prevalencia real de la violencia contra la mujer dentro y fuera del hogar dado el subregistro en su denuncia, un buen número de estudios permite aproximar la estimación de la magnitud.

En Colombia, la primera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 44 años es la violencia intrafamiliar o callejera. En la mayoría de los casos se registran las lesiones pero sin tener en cuenta cómo se producen, así mismo el maltrato psicológico, no está sujeto a reporte epidemiológico.

En 1997 se registraron 147 homicidios por violencia doméstica, en Colombia; de ellos el 57% correspondía a mujeres (2).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y salud, realizada por PROFAMILIA en 1995, una (1) de cada cinco (5) mujeres actualmente unidas ha sido golpeada, 19% por el cónyuge; del total de estas mujeres golpeadas por el cónyuge, sólo el 27% ha denunciado el hecho ante las autoridades.

En cuanto a la violencia sexual, el 5% del total de las mujeres y el 6% de las mujeres alguna vez unidas, aseguran haber sido forzadas por su esposo o compañero o alguien a tener relaciones sexuales. El porcentaje más alto se da entre las mujeres separadas y en unión libre y el menor en las solteras, lo que muestra claramente la asociación positiva entre éste tipo de violencia y el vínculo afectivo con el agresor. La edad promedio en que sucedió el abuso por primera vez son los 18 años. Esta forma de violencia es más frecuente en contextos urbanos y se incrementa cuando disminuye el nivel educativo.

En la población de mujeres víctimas en el país, las niñas entre 5 y 14 años representan una tasa de 122 por 100.000 habitantes, seguida de las mujeres entre 15 y 44 años, cuya tasa es de 33 por 100.000 habitantes; por encima de 44 años la tasa desciende significativamente y se sitúa en 4 por 100.000 habitantes.

En el Instituto Nacional de Medicina Legal se realizaron 39.167 dictámenes por violencia física conyugal o contra la pareja en 1998. Casi el 20% del total de los reconocimientos por lesiones personales. De éstos más del 90% se realizaron en mujeres (1). Se estima que el 1.4% del total de homicidios corresponde a muertes por violencia doméstica, de los cuales, el 87.5%, era del género femenino (20).

La violencia de género tiene sus propias características a lo largo del ciclo vital. En la etapa prenatal, con el aborto selectivo por género y las golpizas durante el embarazo; durante la infancia con el abuso físico y emocional, el abuso sexual por parte de los miembros de la familia, la pornografía y la prostitución infantil; durante la adolescencia, la violencia de los compañeros del sexo opuesto y novios, el abuso sexual en el trabajo o en el colegio, el asedio sexual, la prostitución forzada o mediante inducción o engaño. En la edad reproductiva el abuso de la mujer por parte de su pareja masculina íntima, violación conyugal, homicidio por el cónyuge o compañero actual o pasado, abuso psicológico, abuso sexual en el trabajo, violación, abuso de mujeres discapacitadas. En la vejez, abuso de viudas y ancianas. Sobre éste último tópico las cifras en nuestro país están ocultas (13).

1.1 IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD

“La violencia de género incluyendo violación, violencia doméstica, mutilación, homicidio y abuso sexual, constituye un serio problema de salud para la mujer a nivel mundial. A pesar de que la violencia de género es una causa significativa de morbilidad femenina, casi nunca es visualizada como un tema de salud pública. Recientes estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, indican, que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. La carga de salud por victimización de género es comparable a la correspondiente a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial”.

Son múltiples los efectos de la violencia de género sobre la salud, veamos brevemente algunos, según un análisis realizado por el Banco Mundial para el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, la violación y la violencia doméstica, desagregadas por región y grupo de edad, aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo.

A nivel mundial, la carga de salud por la victimización de género entre mujeres de 15 a 44 años es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades que ya son altas prioridades dentro de la agenda mundial, incluyendo al virus de inmunodeficiencia humana (HIV), la tuberculosis, la sépsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Dentro de las consecuencias no fatales de la violencia de género tenemos (13):

- Para la Salud Física: E.T.S., Lesión, Inflamación Pélvica, Embarazo no Deseado, Aborto Espontáneo, Dolor Pélvico Crónico, Dolores de Cabeza, Problemas Ginecológicos, Abuso de Drogas/alcohol, Asma, Síndrome de Intestino Irritable, Conductas Nocivas para la Salud, (Tabaquismo, Sexo sin Protección), Discapacidad Permanente o Parcial.
- Para la Salud Mental: Desorden de Estrés Posttraumático, Depresión, Ansiedad, Disfunción Sexual, Desórdenes de la Alimentación, Desorden de Personalidad Múltiple, Desorden Obsesivo- Compulsivo.
- Dentro de las consecuencias fatales tenemos: Suicidio, Homicidio.

Los médicos y profesionales de la salud en todas sus especialidades tienen pacientes víctimas de violencia doméstica; aún pocos rutinariamente preguntan sobre el abuso y muchos no saben que hacer si la respuesta es positiva al abuso. Los médicos y otros profesionales de la salud, tienen la responsabilidad con sus pacientes de identificar y documentar los daños causados por la violencia doméstica (15). Cada médico y profesional de la salud, probablemente ve como mínimo una víctima de violencia doméstica diaria.

Sin embargo las estadísticas revelan que

- Aproximadamente el 28 % de las mujeres que van o buscan clínicas ambulatorias han sido víctimas de agresiones físicas y psicológicas y el 14% tienen afecciones graves por agresiones.
- 20-25% de mujeres en embarazo que buscan ayuda o cuidado prenatal están en relación con la violencia doméstica.
- El 25 % de las mujeres que intentan suicidarse son víctimas de la agresión

La realidad social y epidemiológica presentadas hacen necesario el desarrollo de guías de atención que respondan a las necesidades existentes entre la población femenina y que promuevan la equidad y la justicia.

2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

2.1 DEFINICION

Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos tendientes a detectar tempranamente, diagnósticas, ofrecer tratamiento y seguimiento a las mujeres víctimas de maltrato físico, psicológico o sexual, con un enfoque de manejo interdisciplinario e intersectorial.

2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES

La violencia doméstica o violencia intrafamiliar comprende las agresiones que ocurren dentro de una unidad familiar o doméstica, siendo esta: maltrato infantil, violencia contra la pareja o contra los adultos mayores, contra los hermanos, o contra las demás personas que formen parte de dicha unidad.

“Consideramos la violencia como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos poder. Las diferencias y desigualdades en la familia están dados por el género y la edad. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Para definir una situación de violencia familiar, la relación de abuso debe ser permanente, periódica o cíclica. Se excluyen las situaciones de maltrato aisladas que constituyen la excepción y no la regla dentro de las relaciones familiares.(13)”

“Denominamos violencia intrafamiliar a toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

2.2.1 Formas de Violencia doméstica

Los victimarios usan muchas formas de abuso para ganar poder y control sobre su pareja, esto incluye:

- Abuso verbal y emocional.
- Intimidación en los tratos, incluyendo la coacción utilizando terceros.
- Aislamiento: hace referencia a los casos en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. Así mismo cuando a una víctima no se le permiten trabajar,

recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares, debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.

- **Abuso económico:** Es donde se controla el acceso de los miembros de la familia al uso del dinero y se tiene un control sobre el manejo y gasto del mismo.
- **Abuso sexual:** Se refiere a todas las conductas que atentan contra la libertad sexual. Incluye acoso sexual, incesto, violación, actos sexuales abusivos, que se realicen contra cualquier miembro de la unidad doméstica o contra la persona con la que se haya convivido o procreado.
- **Abuso físico:** Se refiere a las conductas que constituyen lesiones personales y en general a todas aquellas que atentan contra la integridad física (18).

2.2.2 Violencia Contra La Mujer

Conforme al artículo primero de la declaración oficial de la Naciones Unidas sobre el abuso de género, la violencia contra la mujer incluye: “Todo acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (13).”

La violencia contra la mujer puede tener las siguientes formas:

- La violencia física, sexual y psicológica en la familia incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido o compañero permanente, la mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido o compañero y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad, incluidas violaciones. Abusos sexuales, acoso sexual en el trabajo, colegios y universidades, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica realizada o tolerada por el Estado dondequiera que ocurra.
- Violaciones a los derechos humanos en situaciones de conflicto armado, asesinatos, esclavitud sexual (33).

2.2.3 Violencia Física

Forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con

consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.

Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre.

2.2.3.1 Factores de Riesgo

| SOCIOCULTURALES |
|--|
| Bajo nivel educativo y de ingreso (no es una constante) Desempleo Subvaloración social de la mujer Reconocimiento del machismo como valor social Fortalecimiento de conductas discriminatorias hacia la mujer. |

| DEL AGRESOR (PADRE, HIJO, CÓNYUGE, OTROS FAMILIARES) | DE LA AGREDIDA: |
|---|---|
| Antecedentes del maltrato: Bajo nivel de escolaridad Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.) Rivalidades permanentes Alcoholismo y Drogadicción. Trastornos de personalidad Valoración de la violencia física como medio de resolución de conflictos. Desconocimiento de los derechos de la mujer. | Historia de maltrato, situaciones traumáticas en la infancia Pasividad e inseguridad Agresividad e intolerancia Alcoholismo y drogadicción Discapacidades Baja autoestima Incapacidad de tomar decisiones autónomas. Dependencia económica |

2.2.4 Violencia Psicológica

Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de diferentes órdenes, emocional, psicológico, social, en forma temporal o permanente. Además de estar íntimamente relacionado con las agresiones físicas y sexuales puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en 3 formas:

- Agresión verbal utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
- Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
- Chantaje afectivo que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro (a).
- El abuso emocional o psicológico puede preceder o acompañar la violencia física como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

2.2.4.1 Factores De Riesgo

| FAMILIARES | SOCIALES |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Situaciones traumáticas de la infancia • Intolerancia a la diferencia • Noviazgos apresurados o superficiales que no permiten la compenetración afectiva de la pareja. • Uniones forzadas por situaciones imprevistas. • Desacuerdo en los intereses prioritarios de cada uno. • Dependencia afectiva, económica, social, etc. • Ausencia y exceso de autocrítica • Influencia de las familias de origen en la relación conyugal. • Trastornos mentales • Alcoholismo y drogadicción. • Desacuerdos en la crianza y socialización de los hijos. • Tendencia a interesarse mas por las familias de origen, que por situaciones de la propia familia. • Disputas por la posesión de bienes o por la satisfacción de necesidades económicas como respuesta a dificultades de tipo afectivo. • Alianzas o formación de bandos entre los miembros de la familia | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades económicas o laborales. • Tensiones sociales. • Significado cultural de la mujer en la relación de pareja. • Falta de énfasis por el Estado a los derechos sexuales y reproductivos. • Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas. • Concepciones culturales erróneas sobre los diferentes roles y las formas de interacción en la familia y en la pareja. |

2.2.5 Violencia Sexual

“Denominamos Violencia sexual a toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que causando daño físico o emocional , vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad.”

La violencia sexual atenta contra la libertad sexual que se refiere a la capacidad de autodeterminación de mujeres y hombres sobre su vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás.

La libertad entraña la capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen con la sexualidad y la vida reproductiva incluidos la salud sexual y la salud reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia.

La libertad sexual comprende:

- La libertad de acceder o no a las relaciones sexuales, libertad de elección de la pareja sexual.
- Libertad de constituir o no la familia.

- Libertad de elegir el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia, la elección del dónde.
- Libertad de la orientación sexual.
- Libertad de ejecución del para qué y el por qué del ejercicio de la sexualidad, es decir de la finalidad: reproducción, placer, compañía, lúdica.
- Libertad de elegir si se desea tener hijos o no, la edad para tenerlos, el número, el espaciamiento entre los hijos.
- Libertad para regular la fecundidad sin sacrificar la propia salud que entraña la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos y da base técnica al derecho a la maternidad y la paternidad.
- Libertad con conocimiento de causa cuando se trate de realizar intervenciones médicas y de salud (25).

Es la forma de violencia que produce un impacto emocional más grave puesto que atenta contra la intimidad, la dignidad, la imagen, la estima y la libertad de la persona.

El abuso sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar.

Este tipo de violencia incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea. Sobre las víctimas de violencia sexual se suele tender un manto de duda, sospecha y culpabilización. Se tiende a considerarlas provocadoras de la agresión que sufren. Estas atribuciones negativas, sobre las mujeres, implican que la víctima tenga que entrar a demostrar “que no es culpable” de la violación o del abuso, con el agravante de que no se cree suficientemente en su palabra.

La forma como una mujer violada es atendida puede alentar o acabar totalmente con la posibilidad de denunciar el hecho y restablecer sus derechos

2.2.5.1 Factores de Riesgo

SOCIOFAMILIARES

| Crisis familiares Reconocimiento del machismo como valor social Mitos y tabúes sobre la sexualidad Subvaloración de la mujer Hacinamiento Significado de la mujer como objeto sexual (revistas, televisión, publicidad) Alcoholismo y Drogadicción | |
|--|--|
| DEL AGRESOR | DE LA AGREDIDA |
| Desconocimiento de los derechos de la mujer. Práctica del machismo como forma de relación. Inadecuada educación sexual. Padrastros y familiares con débiles lazos afectivos Trastornos de personalidad. | Dependencia económica y emocional. Baja autoestima. Bajo nivel educativo. Pasividad e inseguridad . Educación basada en estereotipos de género. Desconocimiento de sus derechos. Enfermedad mental. Limitaciones físicas. |

3. OBJETIVO

Detectar oportunamente a las mujeres víctimas de maltrato afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, brindar un tratamiento adecuado y disminuir las secuelas y muerte por esta causa.

4. POBLACION AFILIADA

Mujeres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, de cualquier edad que puedan estar en riesgo o en situación de maltrato.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION MALTRATO FISICO

5.1 SOSPECHAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer y sus secuelas son lo suficientemente prevalentes para justificar la búsqueda de rutina en todos los servicios sin excepción. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo de violencia antes que ocurran lesiones más graves.

Es importante tener en cuenta que muchas mujeres tienen dificultades en reconocer que son víctimas de abuso y maltrato por parte de su cónyuge o familiares y no buscan ayuda. Algunas se encuentran psicológica y físicamente impedidas para salir de la casa. Otras carecen de dinero y medios de transporte.

La atención perinatal constituye un momento de especial atención para la detección del maltrato ya que hay mayor vulnerabilidad. En relaciones maltratantes los abusos tienden a incrementarse y constituyen graves riesgos tanto para la madre como para el feto.

La evaluación del abuso debe ser incorporada como rutina en la atención prenatal y en el postparto. Un número importante de bebés con bajo peso al nacer son hijos de mujeres maltratadas.

5.1.1 Razones por las que los profesionales de la salud no preguntan por el maltrato

- Miedo a ofender a la paciente.
- Creer que la violencia no le ocurre a las pacientes: La violencia doméstica ocurre en todos los estratos socioeconómicos, en todas las razas en todas las edades y en todas las orientaciones sexuales.
- Dificultades para manejar el tiempo de consulta estandar y temor de acortar el tiempo a otros pacientes.
- Temor de no poder responder apropiadamente a la situación de maltrato y enfrentar el manejo de problemas desconocidos.
- Los profesionales de la salud pueden ser víctimas, agresores o testigos de violencia en sus hogares, por lo que pueden ser también parte de este problema, o simplemente puede causarles estrés y dificultar así su trabajo.
- Los profesionales se cohiben de inmiscuirse en la vida privada de sus pacientes, sin tener en cuenta que la violencia doméstica es un problema de salud pública.
- Creer que la mujer puede simplemente irse y evitar que continúe el maltrato; infortunadamente no es tan simple, las mujeres no dejan al que las maltrata por muchas razones como se explicó atrás.

- Creer que la víctimas nunca abandonarán realmente a su victimario y que en consecuencia no vale la pena la intervención. Entre el 43- 70% de las víctimas dejan sus agresores.
- Creer que no es el momento adecuado para tratar el tema del maltrato: Es importante tener en cuenta que una intervención a tiempo ayudará al manejo de las consecuencias y todos los problemas que esto puede traer.

5.1.2 Razones por las cuales las mujeres no cuentan sobre el maltrato

Dentro de las razones más comunes se encuentran:

- Miedo a la revelación por temor a la falta de seguridad: La paciente puede tener miedo su seguridad propia o a la de su familia, por lo general las víctimas son amenazadas por sus victimarios.
- Vergüenza y humillación: Una paciente quien se avergüenza por el hecho de ser abusada también siente miedo de ser juzgada por sus doctores.
- La paciente siente que merece el maltrato y no merece la ayuda: son comunes los problemas de baja autoestima entre la mujeres víctimas de maltrato, lo cual hace frecuente los sentimientos de culpa en relación con la situación. Es común que el agresor ataque repetitivamente la autoestima de la víctima.
- Experiencia de falta de resolución a su problemática o de respuestas poco pertinentes a su situación en consultas médicas previas.
- Sentimientos de protección sobre el agresor.
- Percepción de maltrato no severo e incapacidad para prever la evolución del mismo y percibir nuevos hechos (18).

La consulta es una oportunidad para enviar mensajes terapéuticos a la paciente, que permitan poner en evidencia la problemática e incentive la búsqueda o aceptación de la ayuda terapéutica.

5.1.3 Estrategia para la detección de las mujeres víctimas de violencia

Para detección de las mujeres víctimas de violencia, la Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomiendan la pregunta de rutina para todos los pacientes femeninos en urgencias, en cirugía, en control prenatal, en consulta externa, en ginecología y en salud mental, en relación con la ocurrencia de maltrato.

Las preguntas a desarrollar deben ser directas y en todos los casos debe evitarse el enjuiciamiento. Las preguntas deben realizarse en privado, en los casos en que la pareja de la víctima se rehuse a dejarla sola durante la entrevista, es preciso enviarla a otro servicio en donde solo sea permitido el acceso a la usuaria, este es el momento ideal para realizar las preguntas.

Las preguntas sobre la violencia y otras manifestaciones de abuso de la pareja deben ser incorporadas en la historia clínica de la paciente:

A continuación se presentan algunos ejemplos de preguntas apropiadas:

- Muchas mujeres experimentan algunos tipos de abusos físicos, como ser maltratadas o golpeadas, ¿Usted ha tenido que pasar por esto?
- ¿Su pareja alguna vez la ha maltratado o la ha tratado mal físicamente?
- ¿Usted se siente segura en la casa?
- ¿Alguna vez ha sido golpeada por su pareja?

Evitar utilizar preguntas como:

- ¿Es usted víctima de violencia doméstica?
- ¿Ha sido usted agredida por su pareja?

De forma complementaria a las preguntas, hay que empezar a sospechar que existe abuso cuando:

- Hay Inconsistencia entre la historia y la lesión.
- Son frecuentes la demanda de consultas médicas
- Cuando no se busca oportunamente la ayuda médica
- Cuando la pareja del paciente insiste en estar cerca y responder las preguntas directamente él.
- Cuando las quejas psicósomáticas son repetitivas.
- Cuando se diagnostican lesiones de causa externa durante el embarazo (Recordar que el 25 % de las mujeres embarazadas son víctimas)

- Ante evidencia de múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización.
- Presencia de lesiones sugestivas de una postura defensiva de la víctima.
- Presencia de lesiones en la cabeza, el cuello, el pecho o el abdomen.
- Depresión o ideación suicida.

Ante la identificación de una mujer que se sospecha es víctima de maltrato, es preciso su remisión inmediata para evaluación y confirmación diagnóstica

5.2 CONSULTA MÉDICA DE EVALUACIÓN A LA AGREDIDA EN LOS CASOS DE MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO

Los casos de maltrato contra la mujer deben ser valorados por equipos interdisciplinarios, sensibilizados en el tema, adecuadamente capacitados para su manejo, y que puedan dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso desde la detección.

El diagnóstico no reviste dificultades cuando la víctima solicita la atención, pero resulta más complejo si ella oculta el hecho, o lo hace aparecer como accidental

En el proceso de evaluación es preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La mujer debe ser entrevistada sola, sin la presencia de su compañero
- Permita que la agredida se desahogue escuchando atentamente y sin acosarla con preguntas.
- Evite emitir juicios de valor, brinde comprensión y calidez en el trato.
- Trate de no emitir conceptos sin un conocimiento adecuado.
- Se debe elaborar una historia clínica y social clara, detallada, individual y familiar.
- Se debe realizar una evaluación física completa, y confrontar los hallazgos con la información.

5.2.1 Documentación

El proceso de evaluación de la mujer y los hechos violentos, deben permitir la documentación adecuada de la situación. Una buena documentación es esencial en el monitoreo y manejo de los casos de violencia contra la mujer.

Primero que todo hay que tener en cuenta que la historia clínica de la paciente puede ser una de las principales evidencias de maltrato, entre más detallado, claro y legible sea el registro de las intervenciones médicas, mayor será la ayuda a ofrecer a la paciente, sobretodo si decide pedir protección o iniciar una acción legal. Así mismo los registros en la historia son de utilidad para el estudio epidemiológico de la problemática y para la comunicación entre el equipo interdisciplinario que atiende a la mujer.

Se debe consignar en la historia clínica la anamnesis y el examen físico, con una descripción clara de las lesiones, ojalá con un esquema, o si la paciente lo permite y tiene los medios, con fotografías.

Es preciso indagar sobre la ocurrencia de lesiones anteriores, en caso de que haya niños en el hogar, explorar si estos han sido maltratados o si han tenido que presenciar los eventos violentos. Consigne lo dicho por la paciente copiando exactamente sus expresiones, sea lo más específico posible.

También es importante recordar y especificar las inconsistencias que se puedan encontrar entre el examen físico y las explicaciones que la paciente le puede dar a las diferentes molestias o daños físicos con los que haya aparecido.

5.2.1.1 Signos y síntomas en los casos de maltrato físico

| Sistema Afectado | Síntomas |
|--------------------------|---|
| Piel y tejidos blandos | Eritemas, hematomas, laceraciones y rasguños de poca extensión hasta múltiples lesiones de gran extensión donde hay sospecha de compromiso de otros órganos, herida en pared abdominal, párpados, boca, lengua. |
| Músculo Esquelético | Lesiones de ligamento y tendones, esguinces musculares, luxaciones, fracturas. |
| Sistema Nervioso Central | T.E.C. desde leves hasta moderados y severos. Pérdida de conciencia, convulsiones, estado de coma, hematomas intracraneales. |
| Otros Sistemas | Lesiones cardiopulmonares, broncoaspiraciones. |

5.2.1.2 Alteraciones Psicológicas

- Manifestaciones psicosomáticas (dolores de cabeza, mareos, cólicos, crisis convulsivas, trastornos gastrointestinales)
- Depresión, negatividad, inseguridad, miedo, ansiedad, crisis de pánico, intento de suicidio, timidez, retraimiento, mutismo, aislamiento social.
- Dificultad para establecer relaciones con otras personas, agresividad.
- Poca expresividad, intolerancia, resentimientos.
- Ruptura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción.

5.2.2 Otras medidas a realizar

- Realizar manejo del dolor de acuerdo a las características de la lesión y a la intensidad.
- Si existen trastornos psicosomáticos ordenar exámenes para descartar enfermedad orgánica.
- Se deben utilizar las ayudas diagnósticas necesarias: Rx, exámenes de laboratorio y remitirla para manejo especializado, si se requiere. Es necesario realizar los contactos con la institución de referencia para garantizar la atención adecuada.

No olvide sospechar un delito sexual en los casos de menores de 14 años, embarazadas, o con enfermedades de transmisión sexual.

5.3 CONSULTA POR PSICOLOGIA

Esta consulta tiene por objetivo determinar el estado emocional de la agredida y brindar información y orientación para la solución del problema. Esta consulta incluye los siguientes aspectos:

- Evaluación de las repercusiones psicológicas del maltrato físico en la agredida.
- Evaluación de la autoestima

- Orientación sobre medidas específicas que le permitan protegerse en otras situaciones de posible agresión.
- Orientar al tratamiento en los casos de alcoholismo, drogadicción, trastornos de la personalidad.
- Informar sobre los derechos de la mujer.
- Informar sobre la existencia de mecanismos para la resolución pacífica de conflictos al interior de la familia. Es importante que la mujer comprenda que la violencia no constituye un mecanismo adecuado.
- Motivar a la mujer y a la familia hacia la intervención del problema en la institución respectiva.

5.4 HOSPITALIZACIÓN

Si la evaluación clínica y psicológica de la mujer requiere manejo intrahospitalario, es pertinente realizar los trámites requeridos para la hospitalización. Este proceso permite atender adecuadamente a la mujer.

5.5 PROTECCIÓN

Esta parte es muy importante ya que puede hacer la gran diferencia entre la vida y la muerte, especialmente si el agresor ha tratado de matar a la víctima en posesión de una pistola y de otras armas.

La decisión de regresar a casa o no junto con el agresor es una decisión que tomar la víctima y debe ser respetada. Si la mujer agredida requiere y acepta la protección, la institución de salud debe realizar los contactos necesarios para garantizar que la víctima sea recibida por la institución de protección.

En caso de mujeres menores de edad, la institución debe remitir a la menor a las instituciones de protección y asegurar que sea recibida y debidamente atendida en las mismas.

En todos los casos se debe dar información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de víctimas, así mismo un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, Comisarías de Familia, Policía, DABS, Fiscalía).

Es importante identificar los menores que están en riesgo también con el fin de hacer seguimiento. Así mismo notificar a la red de protección local la sospecha de

menores maltratados en el núcleo familiar para impulsar el desarrollo de las investigaciones pertinentes.

5.6 NOTIFICACIÓN

Todo caso de sospecha o diagnóstico de maltrato de cualquier clase contra una mujer debe ser reportado al sistema de vigilancia en salud pública, que debe operar en toda institución de salud.

5.7 DENUNCIA

Muchos de los casos de maltrato contra la mujer constituyen delitos.

El representante legal de la IPS que atiende a la mujer maltratada, debe denunciar ante la fiscalía, directamente o a través del ICBF, o de las Comisariías de Familia, todo caso de posible delito cometido contra una mujer menor de edad.

En los casos de mujeres adultas se requiere ofrecer información sobre sus derechos y animar la denuncia en los casos de presuntos delitos contra ellas.

5.8 CONSULTA CON EL AGRESOR

Para la adecuada atención de la mujer es preciso realizar intervención con el agresor. Dicha intervención busca identificar trastornos psicológicos que requieran tratamiento, explicar la situación de la mujer y fortalecer factores protectores que ofrezcan seguridad a la víctima y su familia.

La consulta con el agresor, debe hacerse por profesionales debidamente capacitados, capaces de brindar atención psicológica y de realizar una intervención que minimice los riesgos de nueva agresión a la mujer o la familia.

En este proceso es pertinente:

- Informar sobre los daños físicos y psicológicos causados a la agredida.
- Plantear alternativas de diálogo para resolver las diferencias.
- Recordar los derechos de la mujer.
- Para intervenir integralmente el problema de la mujer, se deben realizar entrevistas con el agresor cada 15 días durante los 2 primeros meses, como mínimo.

- En todos los casos se deberá estimular la demanda de consulta especializada para el agresor, para lo cual se le brindará al mismo la información respectiva de acuerdo con su afiliación al sistema. La institución de salud debe remitir la información necesaria a la EPS de la víctima y esta a su vez hará contacto con la EPS del agresor y remitirá los datos sobre el caso.

La EPS del agresor, deberá hacer búsqueda activa del caso y valorar e instaurar el tratamiento adecuado.

5.9 SEGUIMIENTO

Se debe realizar a todo caso de maltrato físico. Este seguimiento debe permitir:

- Evaluar el impacto de la intervención.
- Evitar la repetición del problema.
- Mantener comunicación y las intervenciones necesarias a la agredida y su familia.

En los casos leves se debe citar a la agredida al mes y cada 3 meses, durante el primer año.

En los casos graves se debe realizar consulta individual y visita domiciliaria a los 15 días y cada mes durante el primer semestre con el fin de evaluar las condiciones emocionales y familiares.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION DEL MALTRATO PSICOLÓGICO

6.1 DIAGNÓSTICO

Abrir la historia clínica con la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento del caso; realizar la evaluación psicológica y solicitar ayudas diagnósticas en caso necesario.

Las manifestaciones psicósomáticas en la mayoría de los casos son atendidas por personal de salud, para quienes frecuentemente pasa desapercibido el origen diverso de los síntomas, asumiéndose como consultantes crónicas y calificándolas como “hipocondríacas”. En la consulta es de vital importancia atender este tipo de personas tratando de encontrar los verdaderos orígenes de sus múltiples

síntomas. La expresión verbal de la afectada puede estar bloqueada por lo que conviene darse el tiempo necesario para la elaboración de su situación.

La entrevista inicial está dirigida a escuchar la situación por la que se consulta, pues la paciente puede llegar a consultar por ser conciente de su situación y tener claro su problema y su origen, pero también es posible que consulte por situaciones de carácter orgánico o por situaciones que tienen que ver con los hijos. La manera como se recibe a la persona maltratada determinará en gran medida la evolución del tratamiento posterior, por el estado de malestar generalizado en el que usualmente llega la afectada, y por la necesidad de ser escuchada sin ser juzgada, ni subvalorada su actuación.

6.1.1 Signos y síntomas relacionados con maltrato psicológico.

- Insomnio o inapetencia.
- Aislamiento social.
- Trastornos psicósomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vaginismo).
- Celos.
- Depresión.
- Concentración disminuida.
- Fatiga
- Palpitaciones
- Vértigo
- Parestesias
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible
- Dolor pélvico, dolor torácico atípico.
- Autoagresión.

- Intento de Suicidio
- Uso de somníferos o tranquilizantes.

6.2 INTERVENCIÓN

El primer paso debe ser la intervención en crisis, buscando atender los síntomas que aparecen y bajar la tensión. Debe ayudarse a la afectada a aclarar su problema de base, los factores de la vida familiar que están influyendo para que el problema se presente, observar cómo pueden resolverse las manifestaciones físicas y establecer prioridades para su atención.

- Descartar causas orgánicas.
- Dialogar en forma tranquila sin acosar ni juzgar a la agredida.
- Remitir a psicología

6.3 ATENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención debe dirigirse a brindar apoyo emocional para enfrentar la situación conflictiva, identificar la participación de maltratada y maltratante en el problema, crear mecanismos para superar las dificultades mediante estrategias como el diálogo, la concertación y la autovaloración.

Debe motivarse a la afectada para tomar conciencia gradual acerca de las áreas problemáticas en sus relaciones intrafamiliares, así como de los aspectos sólidos de su personalidad en los cuales se pueda apoyar para solucionar las dificultades encontradas y enfrentar crisis futuras ganando confianza en sí misma.

6.4 SEGUIMIENTO

La visita domiciliaria es un mecanismo eficaz que permitirá dar orientación acorde con las condiciones de vida de la familia partiendo de su cotidianidad.

La intervención a un caso de maltrato psicológico puede durar unas cuantos días o varios meses hasta cuando se observe que la persona afectada obtuvo la fortaleza para seguir adelante por su cuenta. A partir de ese momento se deben programar controles con lapsos iniciales de un mes que luego se espacian a tres o seis meses.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

7.1 DIAGNÓSTICO

- Realizar una historia clínica y social objetiva que evalúe los factores de riesgo existentes
- Realizar el examen físico completo en un lugar privado teniendo presente la ansiedad, nerviosismo y derecho a la intimidad de la agredida. Se requiere de un manejo adecuado de la situación para no violentarla.
- Confiar en la sinceridad de la persona y si tiene dudas aclararlas con ella.
- Utilizar las ayudas diagnósticas necesarias y realizar los exámenes correspondientes para detectar enfermedades de transmisión sexual.
- Efectuar prueba de embarazo.

7.1.1 Criterios para la recepción de casos

Son en términos generales los mismos que para los demás tipos de maltrato. Sin embargo, lo ideal es que estos casos sean recibidos inicialmente por psicología, o por profesionales sensibilizados en el problema, en particular cuando se trata de casos de violación. En la medida en que la mujer tenga mayor conocimiento de sus derechos le será más fácil hablar con su familia o con un profesional, de la violencia sexual de que ha sido objeto.

La mujer tiene derecho a información sobre las entidades que pueden ayudarla, sobre los procedimientos jurídicos a que haya lugar dado el delito.

Tiene derecho a que se recoja y preserve la evidencia médico legal, que puede ser usada en un proceso penal, (la historia clínica puede servir de prueba en un proceso penal, así como las muestras que se recuperen durante el examen.)

Tiene derecho a diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Derecho a tratamiento de las lesiones que se deriven del hecho y a consejería por parte de personal calificado para ella y su familia.

Derecho a ser tratada con respeto y privacidad en todas las actuaciones médicas y legales .

7.1.2 Signos y síntomas relacionados con violencia sexual

En muchos casos la violencia sexual no deja huellas físicas. Cuando la violencia sexual se acompaña de maltrato físico aparecen lesiones tanto en los órganos genitales como en otras partes del cuerpo, dentro de las que se encuentran:

- Lesiones en aparato genitourinario
- Hematomas en vulva, vagina, muslos etc.
- Enfermedades venéreas.
- Desgarres en órganos genitales.
- Ruptura de vejiga.
- Cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- Embarazo no deseado.

La gravedad de las manifestaciones psicológicas depende de:

- Condiciones físicas o mentales de indefensión.
- Vínculo con el agresor.
- Número de agresores.

- Tipo de abuso.
- Personalidad y capacidad de resolución de la agredida.
- Frecuencia del evento.

Es preciso documentar las condiciones en que se produce el acto, tales como lugar, contexto, presencia de otras personas, medios e instrumentos utilizados.

7.1.3 Anamnesis

Es necesario recoger información acerca del episodio, para guiar el examen médico a la recuperación de evidencias y al diagnóstico y tratamiento de lesiones. La historia debe ser precisa, sin ahondar en información innecesaria o frívola.

En los casos recientes, se debe anotar si hubo penetración oral, anal o vaginal, intento de penetración, eyaculación y penetración digital o con objetos.

Es importante consignar si la víctima alteró la evidencia después del ataque (Baño, cambio de ropa).Igualmente si fue uno solo o varios los agresores, y la fecha de la última relación sexual voluntaria.

Debe interrogarse por la historia ginecológica previa, incluyendo infecciones de transmisión sexual, uso de anticonceptivos, fecha de la última menstruación.

Debe preguntarse por las inmunizaciones.

Debe practicarse valoración de área mental, y consignar los signos de estrés que se evidencien; este examen al igual que la entrevista deben ser realizados preferiblemente por psicólogo (a) o por médico (a) debidamente entrenado (a) y sensibilizado (a) .

7.1.4 Examen físico en caso de violencia sexual (18)(38)(32)(12)

Los fines que persigue el examen físico son:

- Identificar anormalidades o lesiones que justifiquen nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas.
- Obtener muestras requeridas para descubrir enfermedades de transmisión sexual.
- Hacer observaciones y tomar muestras que puedan corroborar la historia de violencia sexual

El examen físico en los casos de violencia sexual tiene algunas diferencias según se trate de un hecho antiguo (más de 72 horas) o reciente (menos de 72 horas). La diferencia radica en la probabilidad de encontrar evidencias físicas que, en caso de ser dejadas por este tipo de conductas, son muy lábiles.

El examen que se describe a continuación debe ser considerado por el médico frente a este parámetro.

Si los hechos son recientes, se debe iniciar el examen con la inspección de la ropa que vestía al momento de los hechos y con la inspección externa del cuerpo, con el fin de identificar y recolectar evidencias tales como pelos, manchas (de semen, sangre etc.)

El objetivo de la inspección y uno de los objetivos del examen genital es el de recuperar células que el agresor hubiere podido dejar sobre la víctima, para realizar un perfil de DNA y cotejarlo con el de los implicados.

Se procede entonces a un examen general en busca de lesiones tales como huellas de mordeduras, equímosis, excoriaciones, etc.

Se realiza el examen genital que en prepúberes debe ser en posición “de rana”

Deben observarse cuidadosamente vulva y periné en busca de equímosis, edema, excoriaciones, vello, secreciones y sangrado, entre otros signos (19)

Hay que separar con cuidado los labios mayores en dirección superolateral para poder observar el introito.

No debe emplearse espéculo vaginal, a no ser que se sospechen lesiones vaginales, caso en el cual el examen debe hacerse bajo anestesia.

Los signos más frecuentes de abuso sexual son: Eritema, inflamación, fisuras, laceración, desgarros, flujo vaginal, enfermedades de transmisión sexual, entre otros

7.1.5 Toma de Muestras

La toma de muestras cumple con tres objetivos:

- Identificar al agresor (búsqueda de células en semen, pelos o vellos, manchas de saliva, en caso de que haya habido lucha, células epiteliales bajo los lechos ungueales de la víctima.)
- Investigar enfermedades de transmisión sexual

- Prevenir o diagnosticar embarazo.

7.1.5.1 Búsqueda de Espermatozoides o semen

Se toman 3 muestras de frotis fondo de saco vaginal, con escobillones secos, se guardan en tres tubos secos.

Se toman muestras de manchas en periné, ingles o partes del cuerpo en las que se sospeche la presencia de semen. Usar escobillón humedecido con agua destilada .

Si se sospecha presencia de semen en cavidad oral, se toman muestras interdentes con seda dental y se guardan en una caja de petri o frasco estéril. También se realiza frotis con escobillón de los espacios premolares.

Si hay sospecha de penetración anal reciente, se toma muestra de región anal, perianal, con dos escobillones que se guardan en tubo seco por separado.

Los escobillones y los tubos deben estar estériles.

En todos los casos se debe etiquetar la muestra tomada con el número de la historia clínica, el nombre de la paciente, el área de donde fue tomada la muestra, la fecha y el nombre de quien toma la muestra.

7.1.5.2 Muestras en Ropa

Si se encuentran manchas en ropa especialmente ropa interior, se deja secar la prenda al aire libre, y se embala en bolsa de papel, protegiendo previamente la mancha con papel no impreso. Se guarda toda la prenda. Debe ser etiquetada de la misma forma anotada.

Todas estas muestras deben guardarse refrigeradas y debe registrarse qué personas las han tenido bajo su cuidado.

Deben guardarse en un lugar de acceso restringido; todo ello para salvaguardar la cadena de custodia que resulta vital para la futura validez de estas evidencias como pruebas en los procesos penales, que deban adelantarse.

7.2 INTERVENCIÓN

La violencia sexual requiere de una intervención integral e interdisciplinaria dadas las condiciones de gravedad del hecho. En esta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar los cuidados de rigor a las lesiones físicas.
- Evitar infecciones.
- Evaluar el compromiso de otros órganos o sistemas.
- Tratar oportunamente las enfermedades de transmisión sexual
- Aplicar medidas urgentes de contracepción.
- Remitir a instituciones que orienten en caso de embarazo.
- Remitir el caso cuando sea necesario a niveles de mayor complejidad.

7.2.1 Enfermedades de Transmisión Sexual

En todo caso de violencia sexual, es preciso estudiar las siguientes enfermedades de transmisión sexual:

- Infección por Neisseria Gonorrhoeae
- Infección po Clamidia Tracomatis
- Infección po Trichomona Vaginalis
- Infección por Treponema Pallidum.
- Infecciones po Gardnerella Vaginallis y Hongos.
- HIV.
- Hepatitis B.
- Herpes II y HPV solo si la clínica lo hace sospechar.

7.2.1.1 Terapéutica Profiláctica para E.T.S.

Ceftriaxona 125 mg I.M. Única dosis

Metronidazol 2 g V.O. Única Dosis.

Azitromicina 1 g V.O. Única Dosis.

La vacunación postexposición contra Hepatitis B., es útil para prevenir el desarrollo de la infección. Antes de aplicar el biológico, es preciso indagar si tiene

el esquema de vacunación correspondiente, de lo contrario, se debe aplicar la primera dosis al momento de la consulta, la siguiente al mes de la primera y la tercera a los seis meses de la segunda.

7.2.2 Prevención de Embarazo

Previa prueba de embarazo negativa y con el consentimiento de la mujer, debe suministrarse:

Dentro de la primeras 72 horas : Etinilestradiol 100 ug + 0.5 mg de Levonorgestrel cada 12 horas (Dos dosis). la primera dosis al momento del examen y segunda dosis 12 horas después.

Colocar Dispositivo Intruterino, después de 72 horas y en los primeros siete días.

En menores de edad se requiere el consentimiento de la menor y de su representante legal.

7.3 ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

Mediante la modalidad de “intervención en crisis” se realiza la atención en la etapa inicial cuando el hecho es reciente con lo cual se pretende disminuir tensiones e iniciar la autoreflexión.

Posteriormente el trabajo estará dirigido a:

- Recuperar la autoestima aumentando la confianza en sí misma.
- Disminuir niveles de angustia, miedos, ansiedades.
- Trabajar sobre diferentes trastornos psicossomáticos y aportar elementos para que la agredida pierda el temor a denunciar.

7.4 NOTIFICACIÓN

Todos los casos de sospecha o diagnóstico de violencia sexual deben ser registrados en el sistema de vigilancia en salud pública que debe operar en todas las instituciones de salud.

7.5 DENUNCIA

Ponga en conocimiento el delito a las autoridades competentes, si la víctima es menor de edad.

Anime a la paciente a instaurar la denuncia cuando ella sea mayor de edad. Ha demostrado ser un efectivo medio para prevenir la reincidencia cuando se aplica de manera oportuna y completa.

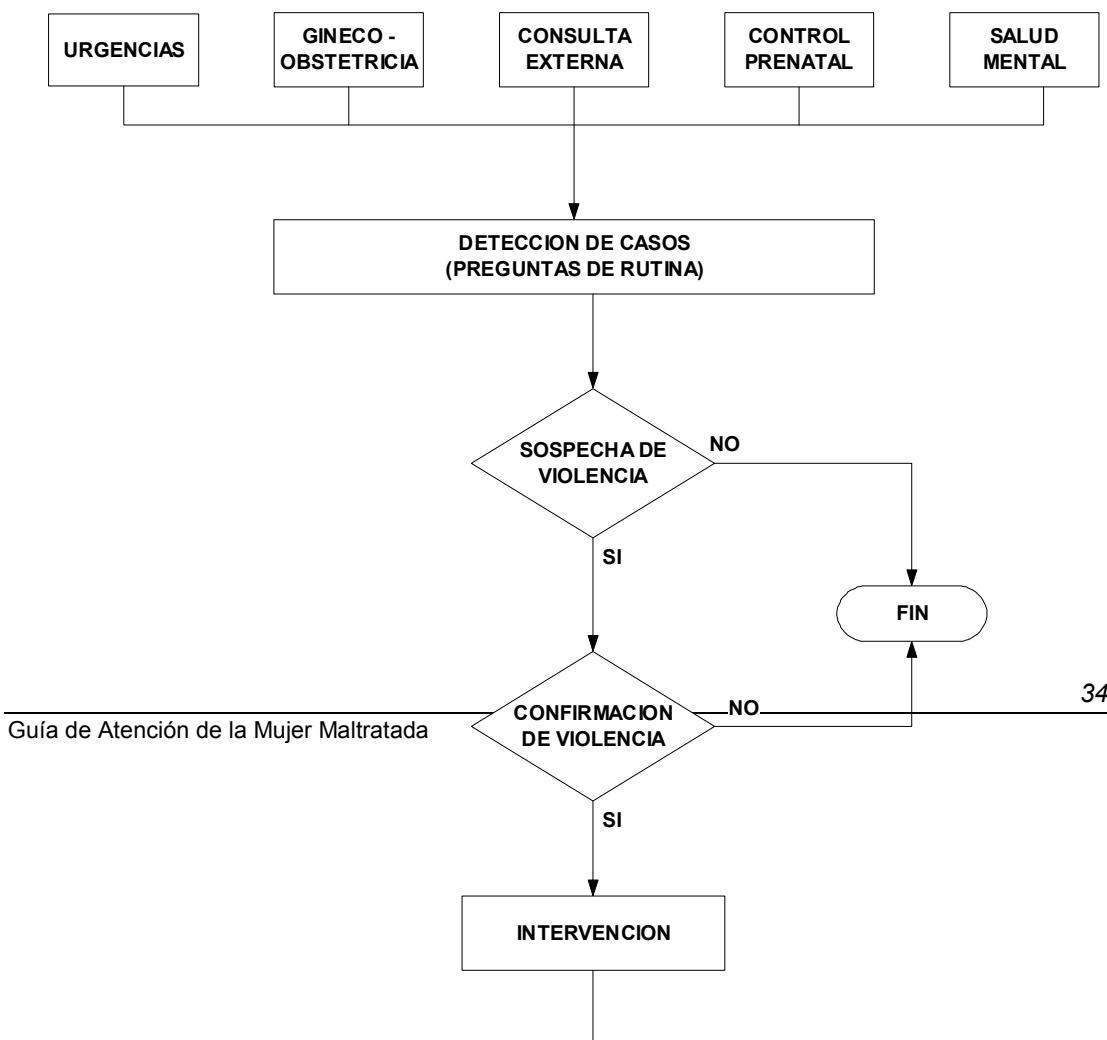
7.6 SEGUIMIENTO

En general se recomienda realizar a todas las mujeres agredidas citaciones periódicas individuales por el profesional respectivo.

Inicialmente hasta pasar el período de crisis con una frecuencia determinada según el criterio profesional posteriormente revisiones al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Para control de E.T.S. se debe citar a la paciente a las dos semanas, al mes y medio, a los tres meses y a los seis meses.

8. FLUJOGRAMAS



9. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Boletín #4. 1997. Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santafé de Bogotá, 1997.
- 2 Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Violencia de Género. Boletín. Vol. 3, No 5, Mayo de 1998, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá Colombia.
- 3 Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia. Violencia de Género.Boletín. Vol. 3 No 5 Mayo de 1998, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá Colombia.
- 4 Constitución Política de Colombia, 1991.
- 5 Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer. BELEM DO PARA, Brasil, 9 de junio de 1994.
- 6 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Sesión 85 de Naciones Unidas, 20 de Diciembre de 1993.
- 7 Dirección Nacional de Equidad para las Mujeres. Comité Interinstitucional para la revisión de los procedimientos para la atención a víctimas de violencia sexual. Documento elaborado por Marta Lucía Uribe de los Ríos. Santa Fe de Bogotá, Noviembre 1998.
- 8 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Buscando Alternativas.Prevencción y Atención de la violencia intrafamiliar. Medellín 1995.
- 9 Fnuap, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Consejería para los Derechos Humanos, Defensoría del Pueblo, Fiscalía General de la Nación, Policía Nacional, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Hablemos de Sexualidad y Derechos.
- 10 Fundación Gamma- Idear. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modelo de Estrés Social Aplicado a la Prevencción de la Violencia. MOSSAVIF-ICBF. Bogotá, Noviembre, 1998.
- 11 Gómez, Adriana. Violencia contra las mujeres, Un ejercicio de poder. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. En: Cuadernos Mujer Salud/1
- 12 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Disease. 1998. M.M.W.R.Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol 47. Number R.R.-1. January 23, 1998.
- 13 Heise, Lori. Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud.

- 14 Home Office Queen Anne's Gate London SW1H9AT Circular 60 De 1.990 Violencia Doméstica.
- 15 Hospital General de San Francisco. Documentación médica estandarizada para lesiones en Violencia Doméstica. Un curso de cuatro (4) horas desarrollado por "Médicos por una sociedad libre de Violencia",. Building I, Room 300, San Francisco, California 94110 Edición 1.0. Septiembre 1998.
- 16 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Boletín No. 8 del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Santa Fe de Bogotá, Marzo 1998.
- 17 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actas de P.P.I. Sexológico. Grupo de Trabajo de Desarrollo de la Prueba Pericial Integral en los Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Santafé de Bogotá, 1999.
- 18 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actas de P.P.I. Sexológico. Grupo de Trabajo de Desarrollo de la Prueba Pericial Integral en los Delitos Contra La Libertad Sexual y La Dignidad Humana. Santafé de Bogotá, 1999.
- 19 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Manual de Procedimientos para la realización de Dictamen Médicolegal en Maltrato Infantil. Santafé de Bogotá D.C., 1998.
- 20 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Medicina Legal en Cifras. Grupo de Estadística, Santafé de Bogotá, Enero-Diciembre de 1998.
- 21 Larrain, Soledad, Rodriguez, Teresa. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. En: Gomez, Elsa, ed Género, Mujer y Salud en las Américas.
- 22 Larrain, Soledad. Violencia Puertas Adentro. La Mujer Golpeada. Santiago, Editorial Universitaria, 1994. Colección Punta de Lanza.
- 23 Ley 360 de 1997, Diario Oficial.
- 24 Ley 85 de 1990. Colombia suscribe la convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.
- 25 Londoño, Vélez, Argelia. Derechos Humanos, Derechos Reproductivos y Violencia Sexual..
- 26 Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Número 117 de 1998.
- 27 Ministerio de Salud. II Estudio Nacional de Salud Mental, 1996.
- 28 Normas sobre Protección al Núcleo Familiar. Leyes 311, 294, y 258 de 1996. Imprenta Nacional de Colombia
- 29 OPS. Publicación Científica No. 541. Washington, D.C., 1993

- 30 Pabón, Marta Lucía. Informe final de Asesoría para la elaboración de protocolos de promoción y fomento de la salud de la mujer y de la salud integral del adolescente. Ministerio de Salud, 1996
- 31 Prada, Luis. Investigación de E.T.S. en las Víctimas de Delitos Sexuales. Conferencia sin publicar.Santafé de Bogotá, 1999.
- 32 PRADA, Luis. Investigación de E.T.S. en las Víctimas de Delitos Sexuales. Conferencia sin publicar.Santafé de Bogotá, 1999.
- 33 Presidencia de la República de Colombia, Consejería para la Política Social, EPAM, Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la República, Movimiento Social de Mujeres, Igualdad, Desarrollo y Paz para todas las Mujeres del Mundo. Síntesis de la Plataforma de Acción y de Compromisos Internacionales, Santafé de Bogotá D.C. 1995.
- 34 Profamilia. Encuesta Nacional de Prevalencia, Demografía y Salud en Colombia.
- 35 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, septiembre de 1994. Capítulo IV: Igualdad y Equidad entre los Sexos y Habilitación de la Mujer.Capítulo V: La Familia, sus funciones, Derechos, Composición y Estructura. Capítulo Vii: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.
- 36 Rico, Nieves. Violencia de Género: Un problema de Derechos Humanos. Santiago, CEPAL, 1996. Serie Mujer y Desarrollo, 16.
- 37 Rubiano, Norma. Ponencia para el Taller Sobre El Marco Conceptual del Sistema de Información del Plan de Prevención de la Violencia Intrafamiliar Haz Paz. Santafé de Bogotá, Mayo 17 de 1999.
- 38 Sanchez, Oscar. Caracterización de los Dictámenes Forenses que Investigan Enfermedades de Transmisión Sexual- ULAM-1998.Trabajo de Investigación. Facultad de Medicina-Departamento de Patología, Postgrado de Medicina Forense. Santafé de Bogotá, Agosto,1999.
- 39 The Forensic Medicine Unit. ST George Hospital Medical School. The Reading Lists for the Rape Examinaton and Child Abuse Courses. London,SW17 ORE, 1998
- 40 Villegas, Victoria. Ponencia para el Taller Sobre El Marco Conceptual del Sistema de Información del Plan de Prevención de la Violencia Intrafamiliar Haz Paz. Santafé de Bogotá, Mayo 17 de 1999.