

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Detección y atención de la **VIOLENCIA DE PAREJA Y DE LA VIOLENCIA SEXUAL** en el primer y segundo niveles de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-292-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual, en el primer y segundo niveles de atención.** México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

**DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL PRIMERO Y
SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN**

CIE 10 De Y05 agresión sexual con fuerza corporal a Y059 agresión sexual con fuerza corporal: lugar no especificado.
De Y06 negligencia y abandono a Y069 negligencia y abandono: por persona no especificada.
De Y07 otros síndromes de maltrato a Y079 otros síndromes de maltrato: por persona no especificada.
De Y09 agresión por medios no especificados a Y099 agresión por medios no especificados: lugar no especificado

GPC: Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual

Coordinadores:

Dra. Patricia Uribe Zúñiga	Especialista en pediatría y sub especialista en insectología pediátrica	SSA	Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	CNECSR
Dra. Aurora de Río Zolezzi	Maestra en Ciencias de la Salud con área de concentración en epidemiología.	SSA	Directora General Adjunta de Equidad de Género	CNECSR
Dr. Adalberto Javier Santaella Solís	Maestro en Epidemiología	SSA	Director de Violencia Intrafamiliar	CNECSR

Autores:

Dr. Gerardo García Ruiz	Maestro en Salud Pública	SSA	Médico Supervisor en Área Normativa del Programa de Violencia Familiar y de Género	CNECSR
Dra. Quetzalli Teresa Soria Cervantes	Maestra en Población y Salud	SSA	Médica Supervisora del Programa de Violencia Familiar y de Género	CNECSR
Ing. Eduardo Bautista López	Ingeniero en Computación	SSA	Asesor / Programa de Violencia Familiar y de Género	CNECSR
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médica gineco-obstetra	SSA	Asesora/CENETEC	CENETEC
M.C Silvia Fernández Cázares	Maestra en Ciencias	DIF	Presidenta del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Texcoco	DIF
Lic. Claudia Ma de la Luz Sotelo Rojas	Maestra en Ciencias	DIF	Coordinadora de Prevención Bienestar y Familiar	DIF

Validación interna:

Yuriria Rodríguez Martínez	Doctora en Ciencias Sociales	SSA	Directora de Género	CNECSR
----------------------------	------------------------------	-----	---------------------	--------

Validación externa:

ÍNDICE

1.- Clasificación	2
2. Preguntas a responder en esta guía	2
3. Aspectos generales.....	2
3.1 Justificación	2
3.2 Objetivo de esta guía.....	2
3.3 *Definiciones	2
4. Evidencias y recomendaciones.....	2
4.1 Generalidades de la violencia contra las mujeres.....	2
4.1.1 Prevalencia de la violencia	2
4.1.2 Factores de Riesgo	2
4.2 Consecuencias de la violencia y efectos a la salud.....	2
4.2.1 Efectos de la violencia en el embarazo	2
4.2.2 Enfermedades asociadas a la violencia.....	2
4.3 Detección	2
4.3.1 Como indagar situaciones de violencia	2
4.4 Elementos de la atención	2
4.4.1 Elementos esenciales de la atención	2
4.4.2 Confidencialidad de la atención	2
4.4.3 Atención a otros miembros de la familia	2
4.5 Consejería.....	2
4.5.1 Elementos importantes de la consejería a mujeres en situación de violencia	2
4.5.1.1 Consejería a agresores	2
4.6 Evaluación del riesgo y plan de seguridad.....	2
4.6.1 Riesgo e impacto en los hijos/hijas.....	2
4.7 Atención de la Violación.....	2
4.7.1 Recomendaciones generales.....	2
4.7.2 Historia Clínica	2
4.7.3 Valoración de traumatismos e infecciones	2
4.7.4 Anticoncepción postcoito y profilaxis para ITS, VIH y Hepatitis B	2
4.8 Registro en el Expediente Clínico	2
4.9 Referencia	2
4.10 Capacitación	2
5. Anexos	2
5.1 Protocolo de búsqueda.....	2
5.2 Escalas de graduación.....	2
5.3 Listado de recursos.....	2
6. Glosario.....	2
7. Bibliografía.....	2
8. Agradecimientos	2
9. Comité académico.....	2
10. Directorio	2
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	2

1.- CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro:					
Profesionales de la salud.	Médico/a general Médico/a familiar	Médico urgenciólogo/a Médico/a internista	Médico/a gineco-obstetra Trabajador social	Psiquiatra Pediatra	Enfermera/o
Clasificación de la enfermedad.	De Y05 agresión sexual con fuerza corporal a Y059 agresión sexual con fuerza corporal: lugar no especificado. De Y06 negligencia y abandono a Y069 negligencia y abandono: por persona no especificada. De Y07 otros síndromes de maltrato a Y079 otros síndromes de maltrato: por persona no especificada. De Y09 agresión por medios no especificados a Y099 agresión por medios no especificados: lugar no especificado. de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10.				
Categoría de GPC.	Primer y segundo nivel de atención	Detección, diagnóstico y tamizaje Atención Atención de la violencia sexual Evaluación del riesgo y el plan de seguridad Referencia (redes de apoyo y sociales) Registro de la información Prevención primaria, secundaria	Factores de riesgo e indicadores de violencia Consejería tratamiento Capacitación		
Usuarios potenciales.	Estudiantes Médicos generales Pediatras Enfermeras	Hospitales Médicos familiares Unidades de Salud	Médicos especialistas Proveedores de servicios de salud Personal de trabajo social		
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la Secretaría de Salud				
Población blanco	Mujer, de cualquier edad				
Fuente de financiamiento o/ Patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva CNEGYSR				
Intervenciones y actividades consideradas	Detección y Atención: 89 Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica 89.0 Entrevista, consulta y evaluación. Entrevista y evaluación, descritas como breves Historial y evaluación abreviados 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas Historial y evaluación de intervalo (consulta para seguimientos de un problema o enfermedad ya conocido con anterioridad) 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales Historial y evaluación de nuevo problema (primera consulta) 89.04 Otra entrevista y evaluación 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera 89.07 Consulta descrita como global 89.08 Otra consulta 89.09 Consulta no especificada de otra manera y , 91 Examen microscópico - II, 94 Procedimientos relacionados con la psique, Exámenes de laboratorio y gabinete: 87 Radiología diagnóstica, 89.7 Reconocimiento médico general. Seguimientos, referencia y rehabilitación: Consejería y educación para el paciente: 94.0 Evaluación y pruebas psicológicas, 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológicas, 94.09 Determinación de estado mental psicológico, no especificado de otra manera. 94.1 Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas, 94.11 Determinación de estado mental psiquiátrico: Determinación clínica de estado mental psiquiátrico, 94.12 Consulta psiquiátrica rutinaria, no especificada de otra manera. 94.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos, 94.35 Intervención en crisis, 94.49 Otro asesoramiento 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica, 94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia, 94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Revisión, Modificación Clínica (CIE - 9 - MC) Volumen 3, Procedimientos.				
Impacto esperado en salud	Dotar a los prestadores de servicios de una herramienta para detectar y atender la violencia de pareja y la violencia sexual estandarizar su manejo y campo de aplicación.				
Metodología	Adopción de guías de práctica clínica, revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías, selección de las guías con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.				
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: Responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda: 1 Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas. Número de fuentes documentales revisadas: 30 Guías seleccionadas: 8 Otras fuentes seleccionadas: 5 Validación del protocolo de búsqueda: Si Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Si Revisión institucional: Validación externa: Verificación final:				
Conflictos de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés				
Registro y actualización	Catálogo maestroSSA-292-10				

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Qué es violencia contra familiar y contra las mujeres?
2. ¿Cuáles son los tipos de violencia?
3. ¿Cuál es la prevalencia de la violencia contra las mujeres?
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de la violencia?
5. ¿Cuáles son los indicadores de violencia?
6. ¿Quién puede realizar la detección de la violencia?
7. ¿Cómo se realiza la detección de la violencia?
8. ¿Cuáles son las condiciones en las que se debe realizar la detección de la violencia?
9. ¿Cuáles son las características con las que debe contar el personal de salud para realizar la detección de casos de violencia?
10. ¿Cuáles son los elementos de la atención clínica de la violencia?
11. ¿En qué consiste la consejería y cuáles son los elementos de la consejería?
12. ¿En qué consiste la evaluación del riesgo y el plan de seguridad?
13. ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia y sus efectos en la salud?
14. ¿En qué consiste la atención esencial de la violencia sexual?
15. ¿Cuál es la importancia del registro de la información?
16. ¿En qué consiste la referencia (redes de apoyo y sociales) en casos de violencia?
17. ¿Cuál es la importancia de la capacitación del personal de salud para la detección y atención de la violencia?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La violencia: magnitud del problema

La violencia es un problema social y de salud que ha sido naturalizado y que se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Es un comportamiento aprendido que tiene sus raíces en la cultura, en la forma como se estructuran y organizan las sociedades. La utilización de la violencia como un mecanismo para reducir los conflictos se aprende desde la niñez y se transmite de una generación a otra a través de la familia, los juegos, la educación, el cine o los medios de comunicación.

Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como las desigualdades sociales son dos de las causas que explican por qué hay personas o grupos más susceptibles de vivir en situación de violencia. La existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres expresadas en opresión, injusticia, subordinación y discriminación, mayoritariamente hacia las mujeres por los roles de género aprendidos en nuestra sociedad, son una explicación más a este problema.

Si bien cualquier miembro de la familia –mujer u hombre– puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro –también de cualquier sexo– hay suficientes evidencias que muestran que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las minorías sexuales, son más vulnerables a la violencia debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad. Es por ello que la violencia ha sido reconocida como un problema social y de salud pública tanto en México como en el ámbito internacional. (SSA: Modelo Integrado Manual de Operación, 2009).

En este sentido la 49a Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Asimismo pidió emprender actividades de salud pública para abordar y resolver este problema a nivel mundial. (49a Asamblea Mundial de la Salud, 1996).

La violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, a lo largo del ciclo de vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Es también un obstáculo para la equidad y un problema de justicia. Por las graves implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, debe ser considerada una prioridad de salud pública. (Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, Junio 2001).

La magnitud del problema a nivel internacional ha sido estudiada en diversos países. En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diez países acerca de la salud de la mujer y la violencia familiar se reporta que: entre un 15% y un 71% de las mujeres declararon que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. Entre un 4% y un 12% de las mujeres refirieron haber sufrido malos tratos físicos durante el embarazo. (OMS: Nota descriptiva N°239, 2009).

De acuerdo a 48 encuestas más basadas en la población, efectuadas en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. (OMS: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud).

En México la magnitud de la violencia es evidenciada por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2006), la cual mostró que la prevalencia de violencia de pareja actual es de un 33.3%, y que seis de cada diez mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; también reveló la prevalencia por tipo de violencia actual: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42%. Otras encuestas que han medido el problema son: la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006), la cual estimó que la prevalencia por tipo de violencia de la actual pareja o esposo, fue de 40% durante el último año y de 46.6% a lo largo de la relación de pareja. Una de las más recientes es la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV 2007), la cual encontró que el 76% de las y los jóvenes entrevistados era víctima de violencia psicológica y que el 15% de este grupo de población había experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo que tenía al momento de la encuesta, encontrando que la mayor proporción de personas que recibía violencia física, eran las mujeres. Con respecto a la violencia sexual el 16.5% de las jóvenes entrevistadas señaló haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja.

Repercusiones a la salud causadas por la violencia.

La OMS documenta que las repercusiones de la violencia en la salud pueden ser un resultado directo de la violencia o un efecto a largo plazo de la misma, por causa de:

- *Traumatismos*: los abusos físicos y sexuales infligidos por la pareja conllevan traumatismos muy a menudo.
- *Muertes*: las defunciones por violencia contra la mujer comprenden los asesinatos por honor; el suicidio; el infanticidio femenino y las defunciones maternas por abortos inseguros.
- *Afectaciones a la salud sexual y reproductiva*: la violencia contra la mujer se asocia a infecciones de transmisión sexual, como la infección por VIH/SIDA, los embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados, y problemas durante el embarazo, así como el aborto espontáneo, un peso bajo al nacer y la muerte fetal.
- *Comportamientos de riesgo*: los abusos sexuales durante la infancia se asocian a tasas más altas de prácticas sexuales de riesgo, el uso de sustancias y una mayor victimización.
- *Salud mental*: la violencia y los abusos aumentan el riesgo de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos de los hábitos alimentarios y sufrimiento emocional.
- *Salud física*: los abusos pueden dar lugar a muchos problemas de salud, incluidas cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, una movilidad limitada, y una mala salud general.

Costos de la violencia

Otros aspectos importantes son los costos sociales y económicos de la violencia contra la mujer los cuales son enormes y repercuten en toda la sociedad. Asimismo, son los costos directos relacionados al tratamiento y cuidados médicos, servicios legales, judiciales, encarcelamiento y algunas veces de protección. En lo que respecta a los costos indirectos encontramos: pérdida de ingresos económicos y tiempo, pérdida en inversión de capital humano, gastos de protección personal, seguros de vida, productividad, servicio doméstico, inversión externa y turismo además del impacto psicológico y otros costos no monetarios. Se ha estimado que los costos médicos directos de atención de toda la violencia contra las mujeres rebasan los 1.5 billones de dólares anuales (*Intimate Partner Violence Consensus Statement SOGC. 2005*).

Responsabilidades y prioridades en materia de violencia

Por su parte, México ha suscrito diferentes acuerdos y compromisos a nivel internacional como el de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) el 17 de julio de 1980, cuyo fundamento se basa en la “prohibición de todas las formas de discriminación contra la mujer”. En esta convención se pide reconocer en la mujer derechos iguales a los de los hombres; establece las medidas que han de adoptarse para asegurar que en el mundo entero las mujeres puedan gozar de los derechos que les asisten y se reconoce que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación y de violación a sus derechos humanos. Nuestro país también firmó la Convención Interamericana de Belem do Pará el 12 de noviembre de 1998, en la que se comprometió a adoptar por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar este problema.

En materia de legislación el gobierno ha impulsado distintas leyes, como la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que se publicó en agosto de 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en febrero de 2007, cuyo Artículo 46 refiere que corresponde a la Secretaría de Salud:

- Diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra.
- Brindar por medio de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas.
- Difundir en las instituciones del sector salud, material referente a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres
- Canalizar a las víctimas a las instituciones que prestan atención y protección a las mujeres.
- Mejorar la calidad de la atención que se preste a las mujeres víctimas.
- Participar activamente en la ejecución del Programa, en el diseño de nuevos modelos de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres, en colaboración con las demás autoridades encargadas de la aplicación de la presente ley.
- Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres.
- Capacitar al personal del sector salud con la finalidad de que sepan detectar y/o atender la violencia contra las mujeres (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia).

Al ser considerado un problema de salud pública en México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, por primera vez incorporó una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el Sistema Nacional de Salud y, a partir del 2002, se pone en marcha el programa específico para prevenir y atender el problema de la violencia, desde un enfoque de salud con un Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, el cual se centra en: la prevención y la promoción del derecho a una vida sin violencia en todas las unidades de salud; así como la detección oportuna de casos, la evaluación del riesgo y su referencia a servicios especializados. Para dar cumplimiento a lo establecido contamos con la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, contempla en su estrategia 2, fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades. Y en específico, en su línea de acción 2.15, reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia.

Por lo antes expuesto es claro que debemos implementar y/o reforzar las acciones para detectar y atender a las mujeres que viven actualmente en situación de violencia, debido a los riesgos que ésta implica para su salud. En este sentido la OMS reconoce que el personal de salud se encuentra con frecuencia entre los primeros que tienen contacto con las personas en situación de violencia, y que poseen una capacidad técnica sin igual incluida una posición especial en la comunidad para ayudar a quienes se encuentran expuestas a ese riesgo. (49a Asamblea Mundial de la Salud OMS 1996)

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “Detección y atención de la violencia de pareja y violencia sexual en el primero y segundo niveles de atención”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el programa sectorial de salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- La atención de la Violencia de Pareja y la Violación Sexual contra las Mujeres.
- Los criterios a observar en la detección de las usuarias de los servicios de salud que se encuentren involucradas en situaciones de violencia de pareja o violación, así como en la notificación de los casos.
- Los aspectos de orientación y consejería que debe brindarse a las usuarias de los servicios de salud que se encuentren involucradas en situaciones de violencia de pareja o violación.
- La profilaxis de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y prevención del embarazo en casos de Violación.
- La referencia de casos de Violencia de Pareja o Violación, a otras instituciones u organizaciones que brindan servicios complementarios.

3.3 *DEFINICIONES

Violencia familiar: acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho.

Violencia contra las mujeres: cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público:

- a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.
- b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

Tipos de Violencia:

- **Violencia física:** cualquier acto que infringe daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sea internas, externas o ambas.
- **Violencia psicológica:** cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Abandono:** acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- **Violencia sexual:** todo acto sexual o la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

- **Violencia de pareja:** violencia familiar en donde víctima y agresor tienen cualquiera de la siguientes relaciones: cónyuge, concubina/o, novio/a, amante, así como ex - cónyuge, ex - concubino/a, ex - novio/a, ex - amante.
- **Maltrato económico:** acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.
- **Violencia patrimonial:** cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violación:** cópula anal, vaginal u obtenida mediante violencia física (con la utilización de medios físicos), o moral (con medios psicológicos).
- **Violación instrumentada:** introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al pene, en la cavidad anal o vaginal de la víctima.
- **Violación equiparada:** cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con una persona menor de 12, 13 o 14 años de edad, o bien con una persona que vive con alguna discapacidad mental o física que le impide comprender o resistirse al acto.
- **Violación entre cónyuges:** se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o concubinos.

Indicadores de Violencia

De abandono, son los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardeamente o no atendidas.

De violencia física, son los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

De violencia psicológica, son los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo,

de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

De violencia sexual, son los síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual* que tienen su origen en la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

* Extraído de la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. En: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y del Informe Nacional sobre Violencia y Salud, 1^a ed., México; 2006.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando en el anexo correspondiente su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza. Para esta GPC se emplearon: Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando en el anexo correspondiente su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza. Para esta GPC se emplearon: **The Report of the Canadian Task Force of the periodic health examination. Intimate Partner Violence Consensus Statement. SOGC Clinical Practice Guidelines. Grades of Recommeendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. Clinical Effectiveness Unit. Postnatal Sexual and Reproductive Health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance, 2009. Rating Scheme (Scheme Given). Women Abuse: Screening, Identification & Initial Response. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2005. The type of supporting evidence was designed for personnel and professionals knowledgeable in the field of sexuality transmitted diseases (STDs) systematically reviewed evidence. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2002. Tables of evidence constructed summarizing the type of study, a draft document was developed on the basis of the reviews. Sexual assault and STDs. sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. AGREE criteria- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Recommendations that were supported by three or more select guidelines of a consensus process. Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians.** La información detallada sobre estos sistemas de clasificación se encuentra en el anexo correspondiente.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 GENERALIDADES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

4.1.1 PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La prevalencia de la violencia familiar es común ya que una de cada cuatro mujeres sufrirán violencia física en la vida por una pareja. Una de cada diez sufrirá violencia física cada año. Alrededor del 1% de las consultas de urgencias en el Reino Unido se debe a violencia familiar. Es común que las mujeres visiten el área de urgencias antes de morir como consecuencia de violencia de pareja.

B

*Estudios Observacionales
Guidelines for the management of
Domestic Violence. 2006*

E

Se ha estimado que una mujer que vive violencia de pareja, sufrirá más de 30 agresiones físicas antes de admitir que vive violencia

B

*Estudios Observacionales
Guidelines for the management of
Domestic Violence. 2006*

E

El embarazo debe ser considerado como un periodo de cambios ya que en esta etapa la violencia de pareja puede comenzar, aumentar, o incluso detenerse temporalmente. Se estima que de 1,5% al 17% de todas las mujeres embarazadas viven violencia. Esto según estudios realizados en Canadá, EE.UU., Nicaragua, Chile y Egipto. Los servicios de salud de Canadá informaron que el 21% de las mujeres en situación de violencia que fueron encuestadas reportó violencia durante el embarazo y, de estas mujeres, 40% dijo que la violencia comenzó en el embarazo. Además, hasta el 64% de las mujeres violentadas durante el embarazo reportó que el abuso se incrementó durante este periodo. De las mujeres que habían sufrido violencia durante el primer trimestre del embarazo, 95% informó que la violencia aumentó después del nacimiento. Cuando el embarazo es no planeado o no deseado, las mujeres son cuatro veces más propensas a sufrir violencia, que cuando el embarazo es deseado. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que, en aproximadamente el 30% de las mujeres que vivían violencia en el año anterior al

III

*Opiniones de autoridades
Intimate partner violence consensus
statatement SOGC. 2005*

embarazo, ésta se detuvo durante el embarazo.

4.1.2 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

E

Todas las mujeres están en riesgo de violencia, independientemente del nivel socioeconómico, raza, orientación sexual, edad, etnia, estado de salud y la presencia o ausencia de pareja actual.

Nivel / Grado

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statement SOGC. 2005

consensus

E

Las mujeres inmigrantes o refugiadas, lesbianas, de raza negra o indígenas, con discapacidades pueden experimentar de manera diferente la violencia de pareja y podrían tener más barreras para exponer la violencia que las mujeres de la población en general.

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statement SOGC. 2005

consensus

E

La percepción de la violencia está enmarcada por creencias culturales de lo que es "normal" en una relación de pareja. Es importante notar que existen variaciones entre las diferentes culturas en cuanto a la frecuencia y severidad de las agresiones contra las mujeres, así como reconocer lo que es tolerado y lo que es reprobado. Tales variaciones podrían provocar en algunas mujeres mayor dificultad para conceptualizar sus experiencias de violencia de pareja y buscar ayuda.

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statement SOGC. 2005

consensus

4.2 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA Y EFECTOS A LA SALUD

4.2.1 EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las mujeres que viven violencia durante el embarazo tienen mayor probabilidad de estar deprimidas, suicidarse, y presentar complicaciones durante el embarazo tales como: Sangrado durante el 1er y 2º trimestre, baja ganancia de peso, anemia, infecciones, nacimientos pretérmino, detención del crecimiento intrauterino y muerte perinatal.

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement SOGC. 2005

E

El riesgo de maltrato en los niños y niñas que crecen en el seno de hogares violentos, se incrementa significativamente.

B

Estudios Observacionales

Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

Los hijos de mujeres víctimas de violencia de pareja son mucho más propensos a ingresar a instituciones de protección infantil. La preocupación por el bienestar de los niños debería conducir a la activación de los sistemas locales de protección a la infancia

4.2.2 ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA VIOLENCIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las mujeres que viven violencia tienen mayor riesgo de presentar abuso de sustancias, trastornos mentales, enfermedades crónicas y disfunción sexual a consecuencia de la violencia.

II-2

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement SOGC. 2005

E

La violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad para las mujeres

II-2

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement SOGC. 2005

E

En las mujeres existe una asociación significativa entre la violencia de pareja y una serie de problemas de salud mental, particularmente depresión y lesiones autoinflingidas están fuertemente asociadas con la violencia de pareja. Se ha demostrado mediante estudios observacionales que la violencia también está asociada al aumento en la utilización de los servicios de salud, uso de drogas y alcohol, infecciones de transmisión

B

Estudios Observacionales

Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

sexual, trastornos mal definidos, y efectos adversos en el feto.

R

Las infecciones de Transmisión Sexual como Tricomoniosis, vaginitis bacteriana, gonorrea e infección por chlamydia son los diagnósticos más frecuentes encontrados en mujeres que han sufrido violencia sexual.

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

4.3 DETECCIÓN

4.3.1 COMO INDAGAR SITUACIONES DE VIOLENCIA

Evidencia / Recomendación

E

La mayoría de las mujeres no manifiesta de manera espontánea la violencia de pareja que vive debido a que percibe múltiples barreras, sin embargo, con frecuencia cuando se les pregunta de manera adecuada, deciden revelarlo.

E

La mayoría de las mujeres no hablarán de la violencia de pareja a menos que se les pregunte directamente.

E

Existen varios cuestionarios validados para investigar la presencia de violencia de pareja; sin embargo parece ser más importante la naturaleza de la relación médico-paciente y la forma de realizar las preguntas que la propia herramienta de tamizaje.

R

El personal de salud deben incluir preguntas acerca de la violencia en las visitas anuales de prevención, como parte de la atención prenatal, en la evaluación del estado de salud mental en la consulta de una nueva paciente y cuando se presentan los síntomas o condiciones asociadas con la violencia.

Nivel / Grado

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement SOGC. 2005

B

Estudios Observacionales

Guidelines for the management of Domestic Violence,2006

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement SOGC. 2005

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement SOGC. 2005

R
El personal de servicios de salud debe ser empático, no emitir juicios de valor y ser cuidadosos en su abordaje para indagar acerca de la violencia de pareja.

B
Opiniones de autoridades
Intimate partner violence consensus statement SOGC. 2005

E

Deben aprovecharse las oportunidades para reconocer la violencia en forma confidencial. En particular, las mujeres deben ser entrevistadas en privado –sin presencia de acompañantes o familiares- en algún momento de la consulta médica. Colocar carteles y folletos en salas de espera o en los baños de mujeres puede motivar el reconocimiento de la misma.

C
Opinión de Expertos
Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

E

No hay patrones de lesiones, forma de presentación o enfermedad que tengan suficiente sensibilidad y valor predictivo positivo para identificar a las mujeres que viven violencia. Sin embargo la violencia es más común en mujeres con lesiones faciales, autoagresión y embarazo. Cuando la sospecha de violencia es importante realizar preguntas simples y directas tales como: ...sabemos que la violencia en el hogar es un problema para mucha gente, ¿Hay alguien en casa que te está haciendo daño de alguna manera?, suele ser aceptable y efectivo.

B
Estudios Observacionales
Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

R

En otras situaciones, los médicos deberían preguntar a los pacientes con síntomas de violencia de pareja y aquellos con síntomas de comportamiento violento (en caso de detectarlo).

9,1-9

Consenso de expertos
Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Los médicos familiares y de primer contacto deberían preguntar rutinariamente sobre violencia de pareja a todas las mujeres embarazadas adultas o adolescentes.

7,1-9

Consenso de expertos
Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

4.4 ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN

4.4.1 ELEMENTOS ESENCIALES DE LA ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

R

Los elementos esenciales de la respuesta del sistema de salud ante la violencia incluyen: registrar, evaluar el riesgo, prever medidas para garantizar la seguridad de la mujer y los hijos en el hogar o fuera de él, facilitar un plan de seguridad, referencia efectiva y seguimiento.

R

El manejo inicial incluye:

- 1.- Aceptación del abuso.
- 2.- Validar la experiencia de la mujer.
- 3.- Evaluar el riesgo actual.
- 4.- Ofrecer opciones de atención complementaria.
- 5.- Referir lo casos de violencia contra las mujeres a los servicios requeridos.
- 6.- Documentar la respuesta a la entrevista.

E

Qué hacer cuando la paciente admite la violencia familiar:

1. Se debe creer a la paciente.
2. Preguntar acerca del alcance y severidad de la violencia sin prejuicios.
3. Evaluar la seguridad de la mujer que vive violencia incluyendo preguntas específicas sobre: ideación suicida, uso de alcohol y drogas y la presencia de niños en el hogar.
4. Fomentar el uso de fotografías para documentar en forma precisa las lesiones.

Es común que las mujeres no busquen ayuda, lo cual puede frustrar al equipo de salud quienes suelen considerar que las acciones por parte de la mujer deberían ser inmediatas para ser efectivas.

Esto no es así, la mujer puede usar la información proporcionada en una fecha posterior. La experiencia de las organizaciones de voluntarias indica que las mujeres dejan una relación violenta cuando se

Nivel / Grado

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statement SOGC. 2005

III

Consenso de Expertos

Women abuse: screening, identification & initial response.RNAO. 2005

C

Opinion de expertos

Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

sienten listas no cuando el personal médico siente que ellas deberían hacerlo.

R

Los proveedores deberán evaluar el riesgo de suicidio y depresión en las mujeres que expresan su situación de violencia.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

✓ /R

Los profesionales de la salud deberán buscar la oportunidad de estar un tiempo a solas con las mujeres en el periodo prenatal y postnatal, y deben saber como y donde acceder a información y apoyo para las personas afectadas por violencia de pareja.

Punto de Buena práctica

Postnatal Sexual and Reproductive Health FSRH Guidance. 2009

E

En las mujeres embarazadas que recibieron intervenciones clínicas que incluían consejería para aumentar el autocuidado y planes de seguridad ante probables eventos de violencia, fueron efectivas en la adopción de estas prácticas y la reducción de los incidentes de abuso.

I,II

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

R

Las instituciones y consultorios médicos deben tener protocolos para el manejo de violencia de pareja, material informativo para las usuarias, y directorios actualizados de asociaciones civiles o comunitarias que proporcionan servicios a mujeres en situación de violencia.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

R

Las organizaciones, cuerpos colegiados y las instituciones deben establecer estándares y medidas de control de calidad para los programas dirigidos a la atención a la violencia de pareja.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

R

Las instituciones y los consultorios El personal médico deben tener protocolos para el manejo de violencia de pareja, material informativo para las usuarias, y directorios actualizados de asociaciones civiles o comunitarias que proporcionan servicios a mujeres en situación de violencia.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement SOGC. 2005

R

Las organizaciones, los cuerpos colegiados y las instituciones deben establecer estándares y medidas de control de calidad para los programas dirigidos a la atención a la violencia de pareja.

R

Las/os médicos familiares y de primer contacto deberían:
Reconocer y validar la historia de violencia que manifiestan las mujeres. Considerando que la aceptación es un paso muy difícil de dar, es necesario dar énfasis en que la violencia no es culpa de la víctima sino una elección del agresor.

Considerar que también es difícil para los agresores admitir el ejercicio de la violencia.

B

Opiniones de autoridades
Intimate partner violence consensus statement
SOGC. 2005

9,9-9

Consenso de expertos
Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Asegurar y enfatizar la confidencialidad de la información proporcionada por las y los usuarios dentro de los límites de prevención del daño a ella, a él o a otros.

Es importante que el médico enfaticé que la confidencialidad se mantendrá dentro de los límites legales. Si una mujer ha revelado al médico que vive violencia de pareja éste nunca deberá hacerlo del conocimiento del perpetrador sin el consentimiento previo de la mujer. Una evaluación de riesgo y nivel de temor es crucial. Sin embargo, es importante declarar que hay límites a la confidencialidad si los pacientes indican que se dañarán ellos mismos o a otros integrantes de familia.

R

Supervisar la actitud del personal de salud hacia la paciente o la pareja de la paciente para detectar sesgos en el manejo clínico.

Las actitudes y creencias del personal médico acerca de las víctimas y agresores basadas en sus propias creencias religiosas, culturales, de clase o género pueden repercutir en la

9, 9-9 mujeres, 9, 3-9 hombres

Consenso de expertos
Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

9,7-9

Consenso de expertos
Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

atención que brinda a las mujeres, agresores o quien lo consulte en pareja. Los médicos deben reflexionar en sus actitudes y prejuicios y si cualquiera de ellos le impide una atención objetiva centrada en las necesidades de la víctima, la refiera a otro médico.

R

Asegurar un protocolo de seguridad para el personal de salud que incluya protección adecuada cuando los agresores buscan información sobre las pacientes atendidas; asimismo es importante proporcionar espacios de contención y apoyo psicológico para el equipo de salud.

El control de calidad de la atención de la violencia incluye las necesidades de seguridad y confidencialidad de los casos.

9, 8-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

El control de calidad de la atención de la violencia incluye las necesidades de seguridad y confidencialidad de los casos.

9, 7-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

4.4.3 ATENCIÓN A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

R

Si antes de conocer sobre la violencia, atendía a ambos integrantes de la pareja refiera a uno de ellos con otro médico. Es más peligroso mantener a ambos como sus pacientes, cuando la mujer le ha hablado sobre la violencia y su pareja no lo sabe. No intente tocar el punto de la violencia o el abuso con cualquiera de los integrantes de la pareja sin el consentimiento expreso de quien lo confió. Romper la confidencialidad aun motivado por la preocupación sobre su paciente puede resultar en mayor daño.

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Ofrecer servicios para el apoyo terapéutico de los hijos. En algunos países, se ha presentado un rápido crecimiento de las organizaciones que brindan apoyo terapéutico a niños y adolescentes que han sido testigos de violencia de pareja en su familia. Si estos servicios están disponibles refiera a los niños para su apoyo terapéutico.

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

No ofrezca consejería ni terapia de pareja. Las/os médicos familiares no están capacitados para ofrecer consejería ni terapia de pareja cuando existe violencia de pareja. La víctima nunca puede ser totalmente honesta o sentirse libre de temor cuando el agresor está presente. La evidencia respecto a la efectividad de la consejería de pareja es muy poco clara.

9, 9-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Se sugiere utilizar un protocolo clínico que permita a cualquier miembro del equipo de salud, dar seguimiento al nivel de riesgo de la paciente y otros miembros de la familia y tomar medidas o hacer sugerencias en consecuencia.

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

4.5 CONSEJERÍA

4.5.1 ELEMENTOS IMPORTANTES DE LA CONSEJERÍA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

4.5.1.1 CONSEJERÍA A AGRESORES

Evidencia / Recomendación

R

Exprese la inaceptabilidad de cualquier comportamiento abusivo.

Nivel / Grado

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

Expresar a la mujer que ningún comportamiento violento es aceptable y que tampoco es culpa de ella, puede ser un paso de gran relevancia terapéutica.

Es también importante decirle al agresor que reconoce que ejerce violencia, que su comportamiento es inaceptable pero que hay opciones para cambiar, si está dispuesto a hacerlo.

R

Anime a la persona que ha revelado que abusó de su pareja, a tomar la responsabilidad de su comportamiento y buscar ayuda para cambiar. Si un hombre expresa la voluntad de cambio, el personal médico debe canalizarlo a programas de reeducación donde el hombre y su pareja recibirán apoyo por separado para hacer cambios beneficiosos. Siempre compruebe con la pareja e hijos, si es apropiado con el hombre agresor, la seguridad de familia y su progreso.

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Ofrecer educación y apoyo

Es benéfico hablar a la mujer ya sea el personal médico tratante u otro colega, si está disponible y capacitado para ello, como podría ser personal de enfermería o trabajado social; acerca de los patrones comunes de la violencia, sus causas, los efectos dañinos para su salud y la de sus hijos. Es necesario proporcionar a la mujer información sobre sus derechos y las opciones que tiene para hacerlos valer. Especialmente si es extranjera, de otra zona geográfica y está preocupada por su situación. Es importante escuchar con cuidado la perspectiva de la usuaria y evitar los estereotipos culturales. Ofrezca el apoyo de largo plazo a cualquier decisión que ella se sienta capaz de tomar ahora o en el futuro.

9, 8–9 mujeres, 9, 2–9 hombres

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

HIJOS Y FAMILIARES

Discuta cualquier preocupación sobre la crianza infantil y el desarrollo de los hijos, en un contexto de violencia de pareja.

Las mujeres en situación de violencia pueden estar preocupadas sobre el impacto de la misma en la crianza de sus hijos. Considere discutir estas preocupaciones cuidando siempre de no emitir críticas o juicios.

9, 1–9 mujeres, 7, 5–9 hombres

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

Asimismo hable con los hombres que han revelado que ejercen violencia, sobre las consecuencias en la familia incluyendo el impacto en el comportamiento futuro de sus hijos (siempre y cuando no se trate de pacientes con tendencias antisociales, psicópatas o con tendencias de controladores en extremo). Esto puede ser un catalizador para que estos hombres asistan a programas reeducación.

4.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO Y PLAN DE SEGURIDAD

4.6.1 RIESGO E IMPACTO EN LOS HIJOS/HIJAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Evaluar la seguridad de la paciente y el riesgo de que genere daño a sí mismo o a otros.

Es muy importante preguntar a la mujer que sufre violencia si tiene miedo de su pareja. Este es un buen indicador de su seguridad aunque se deben hacerse más preguntas. La depresión, el riesgo de suicidio, homicidio o femicidio y la violencia contra menores son una posibilidad tanto en pacientes tanto receptores como generadores de violencia. Los médicos deberían considerar hablar de estos riesgos con las usuarias que revelan la violencia de pareja.

9,9-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Evalué la posibilidad de que alguien más aparte de la pareja este abusando de la mujer que vive violencia (familiares políticos).

9,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Preguntar acerca de armas.

Es importante preguntar sobre la existencia de algún arma letal (machetes, hachas, escopetas, pistolas, rifles y cualquier otra arma de fuego) en casa al momento de realizar la evaluación de riesgo de la mujer y sus hijos. La existencia de armas es un indicador de alto riesgo.

9,8-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Realice un plan de seguridad básico con la mujer que vive violencia.

Si una mujer ha revelado su situación de violencia de pareja, sugiera que oculte dinero y copias de documentos importantes como actas de nacimiento, certificados o pasaportes. Hable de lo que haría si realmente se sintiera amenazada, con quién se pondría en contacto y como. Si considera que la mujer vive violencia severa ofrezca canalizarla inmediatamente a algún servicio especializado donde le ayudarán a preparar un plan más detallado.

9,7-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Evaluar las redes sociales del paciente.

Existe evidencia que las redes sociales son importantes en la recuperación del bienestar de la mujer que vive violencia.

Frecuentemente estas mujeres y sus hijos se aíslan, por lo tanto sería benéfico referir a una mujer aislada a un programa de asistencia social. Los agresores deben mantenerse

9, 8-9 mujeres, 9, 1-9 hombres

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

alejados de la familia.

R

Evalué el riesgo de violencia y la percepción en los adultos del impacto de esta en los niños.

A menudo las víctimas pueden ser inconscientes del impacto de la violencia en los niños. El ser testigos de la violencia puede tener efectos dañinos en niños y jóvenes. Cuando la víctima o el agresor han revelado la violencia de pareja en el hogar, es importante que el médico familiar pregunte sobre el riesgo y el impacto en los hijos. Que los padres discutan el impacto de la violencia en los hijos puede motivar a que ellos busquen ayuda para lograr cambios positivos.

9,4-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Considere el riesgo para los menores y su percepción del impacto de la violencia en sus vidas.

Si usted tiene la oportunidad de hablar de manera segura con los niños y adolescentes, considere preguntar si ellos se sienten seguros en casa. Si ellos deciden revelar la violencia y hablar más de esta, aproveche la oportunidad para discutir las opciones de autocuidado. Es también importante decirles a los niños y adolescentes que la violencia no es culpa suya y expresar que usted está dispuesto a ayudarlos y apoyarlos. Cuando un niño revela la violencia, no documente esto en ningún registro al cual el agresor pueda tener acceso legal. Es también importante no violar la confidencialidad.

8,1-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Indagar si los hijos cuentan con otras personas de su confianza.

Existe evidencia de que el contar con un parent no abusivo o algún otro adulto con quien los hijos puedan compartir sus preocupaciones es positivo para niños y adolescentes. Es importante preguntar si es que los niños cuentan con otras personas de su confianza que los puedan apoyar.

8,5-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R Identificar el temor de la o el paciente a la separación de los hijos.

Tanto para víctimas como para agresores, el temor de ser alejado de sus hijos puede ser una barrera para la toma decisiones benéficas.

9,1-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

Monitoreo permanente de la mujer, su pareja e hijos para evaluar su seguridad y mejoría. Es importante que los médicos familiares y de primer contacto aprovechen cualquier oportunidad para averiguar y si es posible preguntar a cada integrante de la familia como se siente respecto a su seguridad. Cuando los hombres asisten a programas de modificación de la conducta es común que ellos minimicen su comportamiento violento y exageren sus avances; por lo que siempre es muy importante preguntar a la pareja y a los hijos.

9,7-9 women, 9,1-9 men

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

4.7 ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN

4.7.1 RECOMENDACIONES GENERALES

Evidencia / Recomendación

R

La documentación de hallazgos, recolección de especímenes no microbiológicos con fines de evidencia forense van mas allá del ambito de esta guía y no deben ser realizados por un médico sin especialidad en medicina forense.

Nivel / Grado

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006.

4.7.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

R

Elaborar la historia clínica sin prisa y con una actitud receptiva y sin juicios de valor.

Revisar los orificios implicados durante la violación -muchas mujeres no revelaran, si fueron obligadas a penetración oral o anal si no se les pregunta directamente.

Antecedentes médicos relevantes, historia

Nivel / Grado

Z, C

National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. 2001

clínica gineco-obstetrica incluyendo información sobre ciclo menstrual y antecedentes de uso anticonceptivos y tipo de método.

R

Los Profesionales de la Salud deben elaborar notas clínicas claras, legibles y objetivas usando las propias palabras de la mujer acerca de la violencia y agregando diagramas y fotografías en su caso.

R

Se deberan describir los orificios corporales afectados durante la agresión, el tiempo de duracionde la misma, los encuentros sexuales consensuados que se realizaron antes y despues del evento, uso de condón por el agresor y si hubo eyaculación.

B

Opiniones de autoridades
Intimate partner violence consensus statement
SOGC. 2005

IV,C

National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. 2001

Las lesiones que requieren atención inmediata deben tener prioridad sobre cualquier otro examen.

R

El examen a las personas que vivieron una violación deberá ser realizada por personal médico experimentado, de manera que minimice el trauma posterior a la sobreviviente.

R

Evaluar las características del ataque sexual, que puedan aumentar el riesgo de transmisión de la infección por VIH.

R

El examen inicial para evaluar las ITS deberá incluir los siguientes procedimientos:

- Cultivo o Pruebas de Biología. Molecular para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en muestras de los sitios de penetración o intento de la misma.

IV, C

National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. 2001

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006.

Concenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

Concenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

R

- El NAAT (Prueba de Amplificación de Ácidos Nucleicos) permite incrementar la sensibilidad en la detección de *C. trachomatis*
- Frotis vaginal para detectar infección por *Trichomonas vaginalis* si existiera flujo vaginal con mal olor y evidencias de rascado deberán realizarse frotis y cultivo para vaginitis bacteriana y candidosis.

Obtener muestras de suero para una detección inmediata de anticuerpos contra VIH, Hepatitis B y Sífilis.

4.7.4 ANTICONCEPCIÓN POSTCOITO Y PROFILAXIS PARA ITS, VIH Y HEPATITIS B

R

El régimen profiláctico sugerido para la anticoncepción de emergencia deberá ser ofrecido si existe la posibilidad de embarazo posterior al ataque en las sobrevivientes de violación, es decir si la mujer no está utilizando un método anticonceptivo de alta eficacia (vgr. hormonales orales o inyectables, DIU, Implante subdérmico, parches), o permanente.

R

Si hay riesgo de embarazo, los anticonceptivos orales post-coito pueden ser recetados dentro de las 72 horas posteriores a la agresión y si no hay riesgo de embarazo preexistente. (levonorgestrel 0,75 mg cada 12h x 2 dosis es recomendado).

R

Si la sobreviviente de violación, está en riesgo de infectarse por VIH, proponer la administración de la profilaxis antirretroviral, incluyendo la información sobre los efectos adversos, reacciones secundarias y las controversias que existen sobre su nivel de efectividad.

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006.

A

National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. 2001

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

R

Si se inicia la profilaxis post exposición (PPE), realice biometría hemática completa y química sanguínea para establecer parámetros basales, (el inicio de PPE, no debe demorarse en espera de los resultados de las pruebas de laboratorio).

Consenso de Expertos
Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

Régimen profiláctico sugerido:

- Vacunación para Hepatitis B post-exposición, debe ser administrada lo más pronto posible a las personas que no hayan sido vacunadas previamente. Con dos refuerzos al 1º y 6º mes.

Consenso de Expertos

Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines.CDC. 2006

Un régimen empírico de antimicrobianos para: *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Vaginitis Bacteriana*, que incluye ceftriaxona (125 mg, intramuscular, dosis única) más Metronidazol (2g, oral, dosis única), más Azitromicina (1g, oral, dosis única), o doxiciclina (100 mg, oral, 2 veces al día/7 días).

Las pacientes y sus parejas sexuales deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que la profilaxis con medicamentos haya concluido. En los casos en que la paciente resulte infectada con una ITS, es necesario identificar a sus parejas sexuales regulares y prescribirles el tratamiento correspondiente.

IV,C

National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. 2001

R

4.8 REGISTRO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

E

Es importante realizar el correcto registro cuando se atienden a mujeres que viven violencia de pareja. Los archivos clínicos elaborados podrían ser utilizados con propósitos legales.

Nivel / Grado

III

Opiniones de autoridades
Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

R

Documentar el caso comprensiva y cuidadosamente.

La documentación clara y precisa del caso incluyendo el nombre del agresor, si este es proporcionado, fotografías, la identificación de lesiones en el traumagrama puede ser muy importante en caso de que la afectada presente la denuncia. Esto puede evitar la necesidad de que el médico sea llamado a declarar ante la instancia judicial.

Los Profesionales de la Salud deben elaborar notas clínicas claras, legibles y objetivas usando las propias palabras de la mujer acerca de la violencia y agregando diagramas y fotografías en su caso.

9, 9-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

Asegúrese que el expediente del paciente es confidencial y no accesible a los miembros de la familia.

Es importante que el equipo de salud tenga un estricto protocolo para mantener la seguridad y confidencialidad de los expedientes, especialmente cuando existe una historia de violencia en la familia. Algunos agresores pueden intentar tener acceso a los expedientes de sus parejas utilizando excusas tales como: la necesidad de medicamentos o de verificar una próxima cita. Adicionalmente es importante considerar que las mujeres están en mayor riesgo de ser asesinadas por el agresor, justo después de haber buscado ayuda o haberse separado.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement. SOGC. 2005

9, 9-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

4.9 REFERENCIA

Evidencia / Recomendación

E

Una estrategia integral de desarrollo de servicios y prevención de violencia de pareja requiere la respuesta coordinada de los trabajadores de la salud, otras instituciones y la comunidad.

Nivel / Grado

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement.SOGC. 2005

R

Las instituciones de salud deben trabajar con la comunidad a un nivel sistémico para mejorar la colaboración e integración de servicios entre sectores.

I-b

Women abuse: screening, identification & initial response. RNAO. 2005

E

Trabajo interinstitucional.
En la mayor parte de los estados existen mesas intersectoriales de atención a la violencia familiar y de género. Esto involucra a todos los actores interesados incluyendo las instancias de procuración de justicia, desarrollo social, vivienda, salud y otras agencias locales. Es recomendable que los servicios de urgencias de las unidades de salud establezcan contacto con estas mesas para asegurar que las rutas críticas sean claras.

C

*Estudios Observacionales
Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006*

E

La exposición a la violencia en el hogar está vinculada, a la violencia juvenil y la agresión. Hay evidencia de la eficacia de las intervenciones de salud mental comunitaria que involucran a padres, grupos de voluntarios y programas escolares para reducir la violencia en las escuelas (bullying) y promover el desarrollo de relaciones interpersonales libres de violencia.

I

Mental Health Modern Standards and Service Model. 1999

R

Reporte a los menores en riesgo de acuerdo con las leyes aplicables.

9,7-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

En algunos países es obligatorio denunciar – incluido México– la violencia física y sexual contra menores. En otros países también es obligatorio reportar a los menores que son testigos de violencia familiar aunque no sean receptores directos de violencia. En los países donde el aviso a las autoridades no es obligatorio, las/os médicos deberán considerar notificarlo después de platicar con el progenitor no agresor sobre las implicaciones y consecuencias para él/ella y los menores. La salud y el bienestar de los menores debe ser la prioridad en cada una de estas situaciones.

R

Ofrecer opciones de referencia (Incluyendo la referencia a cierto tipo de hombres agresores a programas de modificación del comportamiento acreditados, cuando se cuente con ellos).

9, 8-9 mujeres, 8, 5-9 hombres

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

Las/os Médicos familiares y de primer

contacto deben referir a las víctimas de violencia para su atención y proponer a los agresores programas de modificación del comportamiento cuando se cuente con ellos aunque la evidencia de los beneficios de estos programas sea controversial.

Los autores opinaron que los hombres con tendencias antisociales y/o psicópatas no deben ser referidos a programas para modificación del comportamiento; Sin embargo, para otros hombres que estén dispuestos pueden resultar de utilidad. Los médicos también deben considerar la referencia de los agresores a servicios de salud mental o atención para las adicciones (drogas y alcohol) si presentan co-morbilidad. Es importante asegurarse que una mujer que vive violencia y sus hijos se den cuenta que un hombre que ejerce violencia no necesariamente cambiara, por lo que el hecho de que acuda al programa de reeducación no implica necesariamente que ella y sus hijos están seguros. Es común que los pacientes sientan temor de dar el primer paso de realizar acciones que representan un reto pero que les pueden beneficiar. Es de gran ayuda que el médico familiar y de primer contacto describa lo que podría pasar cuando los pacientes soliciten otros servicios o aprovechar la oportunidad para referir directamente mientras este se encuentra en la unidad de salud. Es importante preguntarle al paciente que tan efectiva fue la referencia que se le dio. El médico no debe desanimarse si la/el paciente no se atreve a dar el primer paso y debe ofrecer su ayuda las veces que sea necesario hasta que estén listos.

R

Asegurarse de contar con carteles y folletos en salas de espera que ofrezcan apoyo y referencia a las pacientes.

9,7-9 women, 9,5-9 men

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R
Garantizar la colaboración interinstitucional para beneficio de la víctima, sus hijos y la pareja.

9, 8-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

R

El Síndrome de estrés post- traumático (SEPT) es común después de la violación, aunque no hay evidencia de que la contención psicológica breve lo reduzca, el proveedor de los servicios/ enfermeras deben hablar con la paciente de la necesidad y la opción de apoyo emocional.

Los lazos con organizaciones locales de apoyo a las víctimas, grupos de autoayuda en casos de violación y profesionales de atención psicológica deben estar a la mano para brindar el apoyo y facilitar la referencia, si ella lo acepta.

Debido a que las secuelas psicológicas pueden desarrollarse meses o años más tarde, debe fomentarse la comunicación con el médico del primer nivel de atención para asegurar la continuidad de la atención psicológica, así como la posible referencia más tarde si aparecen síntomas de SEPT.

E

El personal de salud deberá ofrecer la posibilidad de contactar a las autoridades de justicia y a las diferentes organizaciones voluntarias en la materia.

C

Opinión de expertos

Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

R

Los profesionales de la salud deberán informar acerca de los refugios locales para mujeres en situación de violencia, así como de los aspectos legales en relación a la violencia y otorgar consejería.

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statement. SOGC. 2005

4.10 CAPACITACIÓN

Evidencia / Recomendación

R

Las/os profesionales de la salud deben ser sensibles a las manifestaciones de la violencia de pareja en poblaciones con diferentes necesidades.

E

La capacitación de los proveedores de salud puede reducir las barreras para que pregunten sobre la violencia; siempre y cuando les permita desarrollar las habilidades para manejar situaciones de crisis y comprender la relevancia de la violencia de pareja como problema de salud pública.

E

Apoyo administrativo y sesiones de capacitación mejoran las habilidades de los residentes y los profesionales para identificar y atender a las mujeres con violencia de pareja.

E

El personal de salud necesita contar con un entorno habilitante así como formación continua, recursos humanos apropiados (equipos multidisciplinarios), fuertes lazos con la comunidad y redes eficaces de referencia.

E

La capacitación en el manejo e identificación de la violencia de pareja debe formar parte de un programa permanente, dirigido en especial al personal con un contrato estable.

Hay evidencia de que la capacitación aumenta la disposición para preguntar sobre la violencia de pareja y la confianza en su capacidad para el manejo de los casos.

R

Buscar capacitación sobre violencia familiar para el equipo de salud, con la finalidad de que cuenten con las habilidades para el manejo de todos los integrantes de las familias en las que se presenta la violencia de pareja. Es vital para los equipos de atención primaria asistir a estas

Nivel / Grado

B

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statatement. SOGC. 2005

consensus

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statatement. SOGC. 2005

consensus

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence statatement. SOGC. 2005

consensus

III

Opiniones de autoridades

Intimate partner violence consensus statatement. SOGC. 2005

B

Estudios observacionales

Guidelines for the management of Domestic Violence. 2006

9,7-9

Consenso de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. 2006

capacitaciones para mejorar sus conocimientos, actitudes y destrezas en este campo. Si la capacitación no está disponible en su área de trabajo el equipo de salud debe solicitarla a sus directivos.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de **DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y CONTRA LAS MUJERES**. La búsqueda se realizó en PubMed y el listado de sitios Web para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años. (al no encontrar información en este rango de tiempo se abrió a 10 años)
- Documentos enfocados a diagnóstico, tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados a violencia familiar y contra las mujeres, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados durante los últimos cinco años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizaron los términos (familia, violencia, violencia sexual). En esta estrategia de búsqueda también se incluyó la búsqueda de información enfocada a diagnóstico y tratamiento. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 3 resultados, de los que fue de utilidad 1 documento para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido

AND OR OR AND AND AND OR AND OR AND

3

Algoritmo de búsqueda

1. - Pregnancy [Mesh]
2. - Hyperthyroidism [Mesh]
3. - Diagnosis [Subheading]
4. - Therapy [Subheading]
5. - # 1 AND # 2
6. - # 3 OR # 4
7. - # 5 AND # 6
8. - Humans [Mesh]
9. - # 7 AND # 8
10. - Female [Mesh]
11. - # 9 AND # 10
12. - Practice guideline [ptyp]
13. - Guideline [ptyp]
14. - # 12 OR # 13
15. - # 11 AND # 14
16. - English [Lang]
17. - Spanish [Lang]
18. - # 16 OR # 17
19. - # 15 AND # 18
20. - "2005"[PDAT]: "2010"[PDAT]
21. - # 19 AND # 20
22. - (# 1 AND # 2) AND (# 3 OR # 4) AND # 8 AND # 10 AND (# 12 OR # 13) AND (# 16 OR # 17) AND # 20

Dado los escasos resultados de la búsqueda anterior se procedió a abrir el rango de tiempo a 10 años, de 2000 a 2010, obteniéndose 6 resultados, los mismos de la búsqueda anterior y 3 más, de éstos últimos, se utilizaron 2 documentos por considerarlos de utilidad en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"pregnancy"[mesh] AND "Hyperthyroidism"[Mesh] OR "Hyperthyroidism/diagnosis"[Mesh] OR "Hyperthyroidism/therapy"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND ((English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("2000"[PDAT] : "2010"[PDAT])))	6

Segunda etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, a continuación se menciona los sitios de los que se recuperaron documentos que fueron utilizados en la elaboración de la guía.

Recurso	No. de documentos utilizados
NHS EVIDENCE	1 documento
VAN ZUIDEN	1 documento
Toward Optimized Practice. Alberta Medical Association Guidelines	1 documento
BMJ	1 documento
BRITISH NUCLEAR MEDICINE SOCIETY	1 documento
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS	1 documento

También se realizó la búsqueda en los siguientes sitios, sin obtenerse resultados:

Guía Salud, Agency for HealthCare Research and Quality Clinical Practice Guidelines Archive, American College of Physicians. ACP. Clinical Practice Guidelines, ICSI. Institute for Clinical Systems Improvement, Australian Government. National Health and Medical Research Council, NZGG, Royal College of Physicians, SIGN, Singapore MOH Guidelines y Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Garantías Explícitas en Salud. Guías Clínicas.

5.2 ESCALAS DE GRADUACIÓN.

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Nivel de evidencia*	Clasificación de recomendaciones†
I: Evidencia obtenida de al menos un diseño adecuado de un ensayo controlado aleatorizado.	A. Hay buena evidencia para apoyar la recomendación para la uso de una prueba de diagnóstico, tratamiento o intervención.
II-1: Evidencia de ensayos controlados bien-diseñados, sin aleatorización.	B. Hay suficiente evidencia para apoyar la recomendación para el uso de una prueba de diagnóstico, tratamiento o intervención.
II-2: Evidencia para estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o estudios de casos y controles, preferiblemente para más de un centro o grupo de investigación.	C. No hay suficiente evidencia para apoyar la recomendación para el uso de una prueba de diagnóstico, tratamiento o intervención.
II-3: Evidencia de comparaciones entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados importantes para experimentos no controlados (por ejemplo, los resultados del tratamiento con penicilina en los años 1940) pueden también incluirse en esta categoría.	D. Existe evidencia razonable para no apoyar la recomendación para una prueba de diagnóstico, tratamiento o intervención.
III: Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.	E. Existe buena evidencia para no apoyar la recomendación para el uso de una prueba de diagnóstico, tratamiento o intervención.

* La calidad de los datos recogidos en esta guía se ha adaptado de la Evaluación de los criterios de evidencia descritos en la Canadian Task Force on the Periodic Health Exam.¹⁵⁰

† Las Recomendaciones incluidas en esta guía se han adaptado de la Clasificación de los criterios de las recomendaciones descritas en la Canadian Task Force on the Periodic Health.¹⁵

Postnatal Sexual and Reproductive Health Clinical Effectiveness Unit September 2009

Criterios de gradación de los niveles de evidencia	
Niveles de evidencia	
Nivel	Tipo de Evidencia
A	Evidencia basada en ensayos aleatorios controlados
B	Evidencia basada en otros sólidos estudios experimentales o de observación
C	La evidencia es limitada, pero el consejo se basa en opiniones de expertos y tiene el respaldo de autoridades en la materia
✓	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA Donde no existen pruebas, pero las mejores prácticas se basan en la experiencia clínica del grupo multidisciplinario.

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF DOMESTIC VIOLENCE

Grados de Evidencia

Criterios de gradación de los niveles de evidencia	
Niveles de evidencia	
Nivel	Tipo de Evidencia
A	Meta-análisis RCT RCT or meta-analysis
B	Estudios observacionales
C	Opinión de expertos

Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians

2006

Las declaraciones y recomendaciones por consenso han seguido de un examen exhaustivo de Guías basadas en la evidencia y la literatura de apoyo para los profesionales de la salud sobre la identificación y gestión de violencia de pareja, que se centró principalmente en las mujeres víctimas, hombres que abusan de sus parejas, y rara vez se abordaron sus hijos. En resumen, tras la revisión, cada guía fue evaluada por los autores de acuerdo a los Criterios de Acuerdo -Evaluación de las Guías de Investigación y Evaluación (18). Estas Recomendaciones fueron apoyados por tres o más guías y recomendaciones seleccionado un nuevo proyecto para corregir las deficiencias que se identificaron sometido a dos rondas de un proceso de consenso (método Delphi modificado), entre el grupo de colaboración internacional.

Se les pidió a los participantes que asignarán la puntuación de cada recomendación de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (no sé) a 9 (Muy de acuerdo).

Las Recomendaciones se incluyeron si la puntuación media fue de 7 a 9.

Women abuse: screening, identification & initial response
RNAO. 2005

Definiciones: Niveles de Evidencia

Criterios de gradación de los niveles de evidencia	
Niveles de evidencia	
Nivel	Tipo de Evidencia
Ia	Obtenida de meta-análisis o revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado sin aleatorización.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado cuasi-experimental, sin aleatorización.
III	Evidencia obtenidos a partir de estudios bien diseñados descriptivo, no experimental, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de caso.
IV	Evidencia obtenida de comité de expertos.

5.3 LISTADO DE RECURSOS.

ETAPA DE INTERVENCIÓN: Acciones preventivas, educativas y de intervención.

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES: CIE9

- 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera
- 94.35 Intervención en crisis
- 99.59 Otra vacunación e inoculación
- 99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica
- Anticoncepción hormonal temporal.
- 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica
- 94.35 Intervención en crisis
- 94.1 Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas
- 8926 Examen ginecológico

RECURSOS HUMANOS:

- Médico/a general
- Médico/a urgenciólogo/a
- Médico/a gineco-obstetra
- Psiquiatra
- Enfermera/o
- Médico/a familiar
- Médico/a internista
- Trabajador/a social
- Pediatra

INSUMOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

EQUIPO MÉDICO:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
513.130.0054	BÁSCULA CON PEDESTAL Y ESTADÍMETRO AJUSTABLE
531.116.0302	ESFIGMOMANÓMETRO DE PARED
531.375.0217	ESTETOSCOPIO BIAURICULAR CÁPSULA DOBLE
535.618.0710	MARTILLO PARA REFLEJOS
531.621.1306	MESA DE EXPLORACIÓN UNIVERSAL
531.704.0588	PORTA-TERMÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE
531.295.0040	ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO PRIMER NIVEL
531.116.0328	ESFIGMOMANÓMETRO MERCURIAL PORTÁTIL
531.375.0209	ESTETOSCOPIO DE CÁPSULA SENCILLA
	ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO NIVEL

MOBILIARIO Y EQUIPO ADMINISTRATIVO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Escritorio Médico	1
Sillón Individual	1
Silla Individual	2
Archivero	1
Bote de basura	1
PC	1
Impresora	1
Mesa de exploración	1

MATERIAL DE CURACIÓN:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
060.004.0109	ABATE LENGUAS
060.621.0524	CUBREBOCAS
060.436.0057	GASAS
060.436.0107	
060.456.0383	GUANTES
060.456.0391	
060.456.0409	
060.537.0048	JABONES
060.879.0150	TERMÓMETROS
	ESPEJO VAGINAL

MEDICAMENTOS:

CLAVE	DESCRIPCIÓN
2210	Levonorgestrel Comprimido o tableta 0.750 mg 2 comprimidos o tabletas
1937	Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g de ceftriaxona.
1969	Azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de azitromicina
1940	Hiclato de doxiciclina equivalente a 100 mg de doxicilina.
1308	Metronidazol 500 mg
2527	Vacuna recombinante contra la Hepatitis b

6. GLOSARIO

Abandono: acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Aborto médico: terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación local aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta.

Acoso sexual: es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.

Agresor: La persona que infinge cualquier tipo de violencia contra las mujeres

Albergue: establecimiento que proporciona resguardo, alojamiento y comida a personas que lo requieran por múltiples y diversos motivos, no sólo por violencia.

Atención médica de violencia familiar o sexual: conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.

Atención integral: manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.

Anexos médicos: conjunto de evidencias materiales, físicas, psicológicas o fisiológicas, encontradas durante el proceso de atención médica, que pueden servir para prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en casos de violencia. Éstas deberán registrarse y acompañar al expediente clínico como instrumentos de apoyo para integrar un diagnóstico médico.

Consejería y acompañamiento: proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada.

Derechos Humanos de las Mujeres: derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todos las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia.

Detección de probables casos: actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar o sexual, entre la población en general.

Educación para la salud: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

Empoderamiento de las mujeres: proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades

Estilos de vida saludables: patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden afectar la salud del individuo.

Expediente clínico: conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Evento más reciente de violencia: suceso que reporte la o el usuario de los servicios de salud al momento de la consulta o que diagnostique la o el médico como la última ocasión en que fue objeto de violencia física, psicológica o sexual.

Grupos en condición de vulnerabilidad: grupos que señala como tales la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Hostigamiento sexual: ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Misoginia: conductas de odio hacia la mujer y se manifiesta en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer.

Participación social: proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Persona con discapacidad: toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Perspectiva de Género: visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones,

Prestadores de servicios de salud: las y los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.

Referencia-contrarreferencia: procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios, como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas.

Refugio: espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es del dominio público.

Resumen clínico: documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberán contener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Usuaria o usuario: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Violación: delito que se tipifica con esa denominación en los códigos penales federal y local.

Maltrato físico: acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas, o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Maltrato económico: acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

Víctima: mujer de cualquier edad a quien se le infinge cualquier tipo de violencia.

Violencia económica: toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia patrimonial: cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

Violencia sexual: todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Violación: es la cópula anal, vaginal u obtenida mediante violencia física (con la utilización de medios físicos) o moral (con la de medios psicológicos).

Violación instrumentada: introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al pene, en la cavidad anal o vaginal de la víctima.

Violación equiparada: cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con una persona menor de 12, 13 o 14 años de edad, o bien, con una persona que vive con una discapacidad mental o física que le impide comprender o resistirse al acto.

Violación entre cónyuges: se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o concubinos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. 49^a Asamblea Mundial de la Salud, documento WHA49.25. Ginebra, Suiza, Mayo 1996. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
2. Boyle Adrian, Maconochie Iain, Gammon Alison, Beattie Elinor. Guidelines for the Management of Domestic Violence. The College of Emergency Medicine, 2006; Pags. 1-4. Consultado en: http://www.collemergencymed.ac.uk/CEC/cec_domestic_violence.pdf
3. Cherniak Donna, Grant Lorna, Mason Robin, Moore Britt, Pellizzari Rosana. Intimate Partner Violence Consensus Statement. SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005; No. 157: 365-388. Consultado en: <http://www.sogc.org/guidelines/public/157E-CPG-April2005.pdf>
4. Clinical Effectiveness Unit. Postnatal Sexual and Reproductive Health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance, 2009; Pag. 2. Consultado en: <http://www.fsrh.org/admin/uploads/CEUGuidancePostnatal09.pdf>
5. Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Simposio Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe Final: Una iniciativa interagencial para la Región, 2001; Pag. 33. Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>
6. INEGI, INM. Encuesta sobre la Dinámica en las Relaciones de los Hogares ENDIREH 2006. INEGI, INM. 2007. Consultado en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/2006/tabulados/ENDIREHO6_TB24.xls
7. Lacey Helen. National Guidelines on the Management of Adult Victims of Sexual Assault. Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases, 2001; Pag. 1-7. Consultado en: <http://www.bashh.org/documents/54/54.pdf>
8. México. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Diario Oficial de la Federación, 19 de marzo de 2009.
9. Moreno Urquiza Claudia, Gasman Zylbermann Nadine, Zaragoza Ledesma Mara, Ortega Ortíz Adriana, Ramírez Sánchez Rubén, Ramos Carrillo Cecilia, Santiago Gómez Tilemy, Billings Deborah, Collado María Elena, Zepeda Rocha Rocío, Ortega Rueda Alejandra, Domínguez Luna Graciela, Galicia M. Cynthia, Salazar Hilda, Salazar Rebeca, Salaza Gloria, Marchetti Lamagni Raquel, López Cruz Fernando. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual - Manual Operativo. 2009; Pag. 14. Consultado en: http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargar/MODELO_INTEGRADO_2009_xwebx.pdf
10. Mueller Daina, Aylward Debbie, Berman Helene, Carter Mary, Dempsey Mary, Fitzgerald Kathleen, Gatkowski Lisebeth, Kaplan Sarah, Rak Rosemary, Ralyea Susan, Schouten Jane M.,

- Stasko Jody. Women Abuse: Screening, Identification & Initial Response. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2005; Pags. 1-16. Consultado en: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7009&nbr=004218&string=%22domestic+violence%22
11. National Service Frameworks. National Service Framework for Mental Health Modern Standards and Service Model. NHS, 1999; Pag. 17. Consultado en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GETFILE&dID=21839&Rendition=Web
12. Olaiz Gustavo, Uribe Patricia, del Río Aurora. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 ENVIM. 2009; Pag. 13-18. Consultado en: http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/opencms/opencms/descargar/ENVIM_2006_xpara_webx.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No. 239. OMS, 2009. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
14. Taft Angela, Hegarty Kelsey, Feder Gene, Ferris Lorraine, Hamberger Kevin, Hindmarsh Elizabeth, Wong Sylvie Lo Fo, MacMillan Harriet, Shakespeare Judy, Warshaw Carol, Zachary Mary. Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. Victorian Community Council on Crime and Violence, 2006; Pag. 1-9. Consultado en: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Familywomensviolence/Intimatepartnerabuse/20060507intimatepartnerviolence.pdf>
15. Workowski KA, Berman SM. Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Pag. 1-20. Consultado en: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9688&nbr=005197&string=%22domestic+violence%22

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al grupo trabajo que desarrolló la presente guía, asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <institución(es) que participaron en los procesos de validación interna, revisión, validación externa, verificación> su valiosa colaboración en la <enunciar los procesos realizados> de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	Coordinación Sectorial de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador académico
Dra. Mirna García García	Coordinadora de guías de pediatría
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa del Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo Jesús Castaño	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinador de programas médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de programas médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinador de programas médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinador de programas médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinador de programas médicos
Dr. Carlo Martínez Murillo	Coordinador de programas médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Secretaría de la Defensa Nacional.

Secretaría de Marina.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Petróleos Mexicanos.

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heroles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General

Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dr. Adalberto Javier Santaella Solís

Director de Violencia Intrafamiliar

Lic. Georgina Amina Aquino Pérez

Subdirectora de Atención a la Violencia

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez	Presidenta
Subsecretaría de Innovación y Calidad	
Dr. Mauricio Hernández Ávila	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Jorge Manuel Sánchez González	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Octavio Amancio Chassín	Titular
Representante del Consejo de Salubridad General	
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Richardo Reyes	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos	Titular
Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. Carlos Tena Tamayo	Titular
Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna	Titular
DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Jorge E. Valdez García	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Dra. Gabriela Villarreal Levy	Titular
Directora General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y suplente del presidente
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. Franklin Libenson Violante	Titular 2008-2009
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México	
Dr. Luis Felipe Graham Zapata	Titular 2008-2009
Secretario de Salud del Estado de Tabasco	
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola	Titular 2008-2009
Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Jorge Elías Dib	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	
Mtro. Rubén Hernández Centeno	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Dr. Roberto Simón Sauma	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	