

Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género



Mujeres con
Bienestar

 **Manuela Ramos**
Una apuesta por la igualdad

35 años



Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género



 **Manuela Ramos**
Una apuesta por la igualdad

35 años

Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género.

© Movimiento Manuela Ramos
Juan Pablo Fernandini 1550, Pueblo Libre, Lima 21, Perú
Teléfono (511) 423 8840
postmast@manuela.org.pe
www.manuela.org.pe

Programa Derechos Sexuales y Reproductivos.

Diseño y diagramación: Julissa Soriano.
Impresión: Servicios Gráficos JMD. Av. José Gálvez 1549, Lince.
Mil ejemplares
Lima - Perú
Octubre 2013

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-18419.

La versión preliminar de esta guía fue elaborada en conjunto con el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) entre los años 2011 y 2012.

La impresión de este material ha sido posible gracias al financiamiento de la Unión Europea, en el marco del Proyecto “Promoción de la Salud Mental de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano” - DCI-SANTE/2010/256-745.

Agradecimientos

A los operadoras/es de los servicios públicos y las mujeres de las organizaciones sociales de las regiones de Junín, Lima y Ucayali por sus aportes, sugerencias y recomendaciones para la elaboración de la Guía.



Índice

10	Presentación
15	CAPÍTULO I
	Definiciones centrales
17	Objetivo del Capítulo
18	PARTE I Acerca de la salud mental
18	1. ¿Qué es la salud mental?
20	2. Salud mental en el ámbito individual.
21	3. Salud mental en el ámbito comunitario.
22	4. Salud mental en el marco de los Derechos Humanos.
24	5. Salud mental y su relación con la igualdad de género.
27	6. Salud mental y su relación con el enfoque intercultural.
28	7. Factores de riesgo para el bienestar emocional de las mujeres.
29	8. Estilos de vida saludables para el bienestar emocional de las mujeres.
29	9. Modelo de atención integral.
31	PARTE II Acerca de la violencia basada en el género (VBG)
32	1. ¿Qué significa la violencia basada en el género (VBG)?
32	2. Tipos de violencia.
34	3. Tipos de violencia sexual.
35	4. ¿Cómo ocurre el patrón cíclico de la violencia?

37	5. La depresión como consecuencia ante situaciones de violencia.
38	6. El feminicidio como expresión de violencia por razones de género.
39	7. El suicidio como conducta límite cuando se es víctima de violencia.
41	8. Tipificación del agresor.
43	9. El modelo transteórico o teoría de las etapas de cambio del comportamiento.

45	CAPÍTULO II Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven en situaciones de violencia basadas en el género (VBG)
48	Objetivo del Capítulo
49	1. Procesos cognitivos y afectivos que pasan las mujeres frente a situaciones de violencia según las etapas de cambio de comportamiento.
52	2. Factores de riesgo psicosociales con perspectiva de género que afectan el bienestar emocional en la mujer.
54	3. Tamizaje para detectar síntomas de trastorno de salud mental.
55	4. Valoración del riesgo.
56	4.1. Señales de riesgo de feminicidio.

- 57 4.2. Señales de riesgo suicida.
59 4.3. Señales de riesgo homicida.
-

- 62 Anexos
-

69 CAPÍTULO III

Pautas para la intervención

- 71 Objetivo del Capítulo
-

- 72 1. El apoyo emocional mediante la orientación/consejería.
72 1.1. Etapas de la sesión de orientación/consejería.
 - 73 1.1.1. Etapa inicial.
 - 74 1.1.2. Etapa intermedia.
 - 75 1.1.3. Etapa de cierre de la sesión y seguimiento.
- 76 2. Intervención según etapa de cambio (Modelo transteórico) en la que se encuentra la mujer que vive situaciones de violencia.
- 81 3. Consideraciones cuando se recibe a otros familiares.
- 82 4. Consideraciones si hay que abordar al agresor.
- 82 5. ¿Qué no se debe hacer cuando se interviene con mujeres afectadas por la violencia?
- 83 6. Planes de seguridad para mujeres que vienen en situaciones de riesgo.
 - 83 6.1. Plan de seguridad para mujeres que deciden retirarse de su domicilio.
 - 83 6.2. Plan de seguridad para mujeres que deciden permanecer en su domicilio.

87	6.3. Plan de seguridad para mujeres que se retiraron de su domicilio y cuyos agresores ya no viven en la casa.
87	7. Promover estilos de vida saludables para el bienestar emocional de las mujeres.

90	Anexos
----	--------

99 **CAPÍTULO IV**

Calidad de atención

102	Objetivo del Capítulo
-----	-----------------------

102	1. Enfoques que aseguran una atención de calidad.
104	2. ¿Qué entendemos por calidad de atención?
106	3. Elementos fundamentales en la calidad de atención.
107	4. Calidad de atención de servicios que atienden la salud sexual y la salud reproductiva en casos de violencia basada en el género.
109	5. Mitos alrededor de la violencia basada en el género que afectan la calidad de atención y los argumentos para contrarrestarlos.
113	6. Pautas de autocuidado para quienes trabajan con mujeres afectadas por la violencia.

117	CAPÍTULO V El trabajo multisectorial para una atención integral
119	Objetivo del Capítulo
120	1. La importancia del trabajo entre sectores para derivar oportunamente.
121	2. Circuito integral para la denuncia y atención de la violencia a las mujeres.
122	3. Instituciones involucradas y sus respectivos datos de ubicación en zonas de intervención del proyecto.
136	Bibliografía



Presentación

El Movimiento Manuela Ramos ha elaborado la **Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género**. Si bien la violencia de género está en un proceso de franca visibilización y contamos desde hace algunas décadas con legislación y políticas nacionales específicas, la respuesta eminentemente legal no es exclusiva ni determinante para que las mujeres afectadas por violencia puedan sobrevivir a uno de los mecanismos más brutales de control y dominación, logrando reconstruirse y planear proyectos de vida propios. La salud mental es una de las esferas críticas a abordar en vinculación con la violencia de género, y tal como señala la Defensoría del Pueblo, la salud mental permanece aún en una zona no abordada, careciendo de prioridad en las políticas y en la agenda pública nacional.¹

La violencia de género actúa como un factor de riesgo para la salud mental de la mujer y es causante de depresión, la cual ocupa el primer lugar de carga de enfermedad en el Perú², donde una de cada nueve mujeres unidas sufre de depresión y una de cada diez mujeres unidas padece de ansiedad generalizada³. En esta misma línea, el 50% de los casos atendidos en los

¹ Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N°140. Salud Mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima: Defensoría del Pueblo, 2008.

² Ministerio de Salud. Estudio La Carga de Enfermedad y lesiones en el Perú. Lima: Minsa, 2008. p. 98.

³ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental, Lima: INSM Hideyo Noguchi, 2002.

CEM entre enero y octubre de 2013 corresponde a violencia psicológica, el 39% a violencia física y el 11% a violencia sexual.⁴

En este marco, el Movimiento Manuela Ramos atendiendo a su misión institucional en defensa de los derechos humanos de las mujeres, el logro de la igualdad de género y el fomento de procesos de empoderamiento, viene realizando el proyecto “Promoción de la salud mental de las mujeres en el Perú: un requisito para la equidad y el desarrollo humano”, que tiene como objetivo contribuir a la disminución de la prevalencia de la depresión y otros problemas de salud mental de las mujeres, específicamente de aquellas que están en situación de violencia de género. Esperamos con esta intervención, mejorar las capacidades de los/las profesionales de la salud para una mejora sustancial de la calidad de atención, al tiempo que esperamos que las mujeres logren paulatinamente tomar el control sobre sus propias vidas.

De ahí que la propuesta eje de la **Guía de atención de salud mental de las mujeres en situación de violencia de género** plantea la identificación del impacto de la violencia en el estado emocional de las mismas, generando mecanismos que fortalezcan la atención en los servicios públicos con miras a garantizar una atención de calidad,

⁴ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Boletín Estadístico del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Atención: Casos, según tipo de violencia. Octubre 2013.

tomando en cuenta una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad.

La guía está pensada como una herramienta de trabajo dirigida a operadores/as de salud del primer nivel de atención y otros especialistas vinculados a la atención de mujeres que se encuentran en riesgo o viven situaciones de violencia. El contenido de la misma les permitirá realizar una evaluación rápida y adecuada para reconocer signos y señales de alarma frente a la depresión y la implicación de violencia en la salud mental de las mujeres, así como algunas consideraciones para brindar atención, orientación y acompañamiento profesional oportuno, de calidad, y la derivación a las diferentes instancias que garanticen la protección frente a la vulneración de sus derechos.

Metodológicamente, el documento ha sido estructurado en cinco partes. El primer capítulo ofrece un marco de definiciones que permite a las/los profesionales de la salud una comprensión oportuna y pertinente de la violencia de género y el impacto de esta en la salud mental de las mujeres. El segundo capítulo propone un conjunto de pautas para realizar la detección oportuna del estado emocional de las mujeres en situación de violencia. El tercer capítulo sugiere pautas para la intervención y seguimiento con el objetivo que cualquier operador/a de salud pueda actuar con una comprensión integral y sensible frente al problema de la violencia de género y la posibilidad de revertir la

historia de cada mujer. El cuarto capítulo está dedicado a la calidad de atención y pretende contribuir a la toma de conciencia, con respecto a la responsabilidad que tienen los y las profesionales de la salud, para humanizar los servicios con enfoques y recursos que aseguren calidad. Esto implica también revisar críticamente creencias, conocimientos y percepciones estereotipadas de las/los operadores, que pueden afectar el derecho de las mujeres a ser recibidas y atendidas con calidad y desde una perspectiva igualitaria. El capítulo quinto y final propone la urgencia de realizar trabajo intersectorial para lograr una atención integral y describe una hoja de ruta para la denuncia y atención de la violencia contra las mujeres.

Finalmente, señalar que en estos 35 años trabajando por la erradicación de la violencia contra las mujeres, Manuela Ramos sigue explorando nuevos abordajes, nuevos desafíos, nuevas respuestas que involucren al Estado, que tiene la responsabilidad de dar soluciones para frenar esta gravísima situación, así como a hombres y mujeres de este país, para que actúen desde sus propios espacios para la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres.

María Elena Reyes
Directora

Lima, 25 de noviembre de 2013



1

CAPÍTULO 1

Definiciones Centrales

CONTENIDOS

Objetivo del capítulo

Parte I Acerca de la salud mental

1. ¿Qué es la salud mental?
 2. Salud mental en el ámbito individual.
 3. Salud mental en el ámbito comunitario.
 4. Salud mental en el marco de los Derechos Humanos.
 5. Salud mental y su relación con la igualdad de género.
 6. Salud mental y su relación con el enfoque intercultural.
 7. Factores de riesgo para el bienestar emocional de las mujeres.
 8. Estilos de vida saludables para el bienestar emocional de las mujeres.
 9. Modelo de atención integral.
-

Parte II Acerca de la violencia basada en el género (VBG)

1. ¿Qué significa la violencia basada en el género (VBG)?
 2. Tipos de violencia.
 3. Tipos de violencia sexual.
 4. ¿Cómo ocurre el patrón cíclico de la violencia?
 5. La depresión como consecuencia ante situaciones de violencia.
 6. El feminicidio como expresión de violencia por razones de género.
 7. El suicidio como conducta límite cuando se es víctima de violencia.
 8. Tipificación del agresor.
 9. El modelo transteórico o teoría de las etapas de cambio del comportamiento.
-

Anexos

“Es un deber del Estado promover una salud mental satisfactoria y una cultura de paz en las diversas poblaciones del país, previniendo y enfrentando los problemas, y reparando daños en la salud mental individual, colectiva y comunitaria; a través de la conducción de políticas efectivas, la planificación estratégica, la concertación con diversos actores y la intervención eficaz y eficiente”¹.

Objetivo del capítulo

Brindar un marco de definiciones centrales que permita a hombres y mujeres profesionales de la salud una comprensión oportuna y pertinente a tener en cuenta en sus intervenciones, sea en la fase de detección, intervención o seguimiento.

¹ Ministerio de Salud. Misión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005–2010. Lima: Minsa, 2005.

PARTE I

Acerca de la salud mental



1. ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

- Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la salud mental es un estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio, que surge de las dimensiones biopsicosociales y espirituales del desarrollo y se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores).
- Se plasma en el establecimiento de relaciones humanas equitativas e inclusivas, de acuerdo a la edad, sexo, etnia y grupo social, así como en la participación creativa y transformadora del medio natural y social, buscando condiciones favorables para el desarrollo.
- La salud mental ha dejado de ser sentida únicamente como la ausencia de enfermedad mental para focalizar su acción en el ámbito de la salud pública, constituyéndose en un eje transversal del desarrollo humano.

¿Qué otras condiciones psicosociales afectan la salud mental?

- La pobreza,
- La exclusión,
- La desigualdad de género, y
- La violencia en todas sus expresiones.

Factores como la pobreza y la exclusión impactan de manera diferenciada a hombres y mujeres, siendo las mujeres doblemente afectadas por condición de género. Por ejemplo, tienen desigual acceso a educación de calidad, a servicios de salud que las protejan durante todo el ciclo de vida, condiciones inequitativas en el mercado de trabajo formal o informal, así como un uso poco compartido del tiempo dedicado a las tareas domésticas y cuidado de terceros. Todo ello afecta la posibilidad de crecer en autonomía y las expone a condiciones de vida caracterizadas por violencia. Hechos que dañan su historia de vida y salud mental-emocional.

- Es fundamental tener presente que el bienestar emocional de las personas responde a un proceso dinámico, no exento de conflictos, producto de la interacción entre el entorno, los determinantes sociales y el despliegue de las diversas capacidades humanas.

- Como profesional de la salud mental, su intervención debería estar orientada a promover en las mujeres la búsqueda del equilibrio y sentido por la vida, así como el reconocimiento de sus propias capacidades y limitaciones y de qué manera estas pueden interactuar con las determinantes sociales, económicas y culturales.

2. SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO INDIVIDUAL

Tiene que ver con:

- Asumir un proyecto de vida desde el reconocimiento de las propias capacidades y limitaciones, a partir de su propia autonomía y autodeterminación.
- La capacidad del autocuidado, empatía, tolerancia y confianza en la relación con las demás personas.
- El reconocimiento de la diferencia y límites entre el mundo subjetivo y la percepción consensuada de la realidad.
- La acción creativa y transformadora del medio, generadora de condiciones favorables para el desarrollo de los recursos personales.
- La capacidad del disfrute y de buscarle un mejor sentido a la vida.

3. SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Tiene que ver con:

- Mejorar gradualmente las condiciones de vida comunal y de las relaciones al interior de la comunidad, a través del examen de la problemática y la búsqueda de soluciones mediante el acuerdo y participación activa de los miembros de la comunidad².
- Abordar los problemas de manera integral, colocando como eje la atención a las condiciones emocionales y sociales de las personas, familias y grupos. Desde ahí se plantean propuestas de intervención para orientar, fortalecer y recuperar las relaciones sociales que se identifiquen previamente como fragmentadas.
- Favorecer el empoderamiento de hombres y mujeres de la comunidad, generando las condiciones para que la ciudadanía organizada sea protagonista de las acciones políticas y sociales que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.

² Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Grupo de Trabajo en Salud Mental. Salud comunitaria en el Perú. Lima: Proyecto AMARES, 2007.

La intervención de la salud mental en el ámbito comunitario ha evolucionado, en el sentido de que ahora hay un esfuerzo importante por desmedicalizarla. Por lo tanto, se plasma un enfoque psicosocial que pone de relieve que al interior de las estructuras, conflictos y categorías de análisis y acción sociales, el mundo subjetivo de las personas y grupos se ve afectado por las relaciones de violencia y menoscabo de la dignidad, situación que revierte en la manera cómo se organizan las relaciones sociales e institucionales.

4. SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

- Los derechos humanos tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de la igualdad de todos los seres humanos que, sin importar raza, edad, religión, sexo o condición social, deben gozar de ellos³.
- Los derechos humanos están consagrados en un sistema jurídico y de instituciones que obliga a todos los Estados a respetarlos y garantizarlos.

³ El derecho a la salud fue establecido primero por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS (1946), que estipula que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

- *Es un principio fundamental que las mujeres tengan los mismos derechos y responsabilidades que los hombres. Por lo tanto, no es admisible ninguna diferenciación no objetiva ni razonable relativa al ejercicio de los derechos y goce de oportunidades.*

¿Qué implica trabajar desde un enfoque de derechos humanos en salud mental?

- Incidir en la promoción y protección de los derechos de hombres y mujeres en condiciones de igualdad.
- Identificar oportunamente y revertir qué derechos están siendo vulnerados, sea en los campos civil, económico, político, social y cultural, así como en las diversas barreras que limitan su ejercicio.
- Significa que un servicio que atiende la salud mental debe garantizar elementos como:
 - **Disponibilidad:** existencia de un número suficiente de servicios para la prevención y atención de la salud mental.
 - **Accesibilidad:** derecho a acceder a la prevención, atención y tratamiento en salud mental sin discriminación.
 - **Calidad:** recibir servicios y atención en salud mental de calidad.
 - **Aceptabilidad:** derecho a una atención que responda a las necesidades reales de la población.

5. SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA IGUALDAD DE GÉNERO

¿Cómo se define el género?

- El género hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser mujer y ser hombre, y a las relaciones socioculturales entre ellos.
- Estos atributos, oportunidades y relaciones se construyen socialmente y se aprenden a través del proceso de socialización. Son específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de una acción política.

¿Qué permite el enfoque de género?

- En lo descriptivo, permite dar visibilidad a las desigualdades entre hombres y mujeres.
- En lo analítico, permite señalar e interpretar las diferencias y las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en una sociedad determinada.
- En el ámbito de la política, es una opción que nos compromete con la transformación de las inequidades.

Nos permite tomar conciencia con respecto a las relaciones de poder que se han construido entre hombres y mujeres a lo largo del tiempo, en culturas y contextos diferentes. Este punto es central porque sin ese componente difícilmente se podrá comprender por qué las mujeres llegan a los servicios en condiciones de maltrato, opresión, subordinación y con tan pocas capacidades para revertir y salir de una situación de violencia que les llena la vida de miedo, dependencia y sumisión ante la pareja.

¿Qué implica trabajar desde un enfoque de igualdad de género en salud mental?

- Implica que usted, como profesional de salud, tome conciencia que la problemática de la violencia es producto de relaciones de poder asimétricas, de diferencias que por sí mismas no son negativas, pero que muchas veces traen consigo condiciones de vida injustas y desigualdad. Implica comprender que estas formas de relacionarnos no son naturales, que son aprendidas, y por ello es necesario desmontar y modificar prácticas instaladas de abuso y de opresión hacia las mujeres.
- Esto nos compromete a garantizar el reconocimiento, promoción, protección y exigibilidad de los derechos de las mujeres y hombres en igualdad de condiciones.
- Del mismo modo, a seguir trabajando para lograr la reducción de la desigualdad, exclusión, y vulnerabilidad social,

económica, política y cultural, y contribuir de esta manera a la construcción de una ciudadanía plena para hombres y mujeres sin discriminación.

Es importante introducir la categoría de “género” en el análisis de la salud mental porque nos permite comprender el conjunto de atributos, roles y expectativas sociales que cada sociedad le asigna a las personas sobre la base de las diferencias sexuales. Con base en el sexo genético, la sociedad establece diferencias en el trato y en las oportunidades para hombres y mujeres, creando relaciones de poder desiguales en las que el género femenino experimenta subordinación.

Concebir la salud mental integrando un análisis de género, implica considerar la policausalidad de la misma, entendiéndola como producto de diferentes factores que se entrelazan: condiciones socioeconómicas, producción sociohistórica de las masculinidades y de las feminidades, sistema de valores y creencias en relación a los ejes salud-enfermedad mental, análisis de las prácticas sociales y de vidas cotidianas.

6. SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON EL ENFOQUE INTERCULTURAL

- Este enfoque implica la actitud de asumir positivamente la diversidad cultural en la que vivimos. El Perú es un país multicultural, pluriétnico y multilingüe; por lo tanto, la atención de salud que se brinde debe considerar y respetar todas las culturas, etnias e idiomas existentes, como el derecho a la identidad cultural, reconociendo el valor que tiene esta como un potencial para su desarrollo
- La interculturalidad se expresa también en un conjunto de actitudes comunicacionales con base en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro”, y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales. Esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común entre quienes interactúan cotidianamente.
- Incorporar el enfoque intercultural en salud implica reconocer, respetar y comprender las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos, y sus recursos en el mejoramiento.

Diferencia entre adecuación cultural y pertinencia intercultural en salud⁴

- La adecuación cultural en los servicios de salud es el proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud se estructuran sobre el conocimiento que se tiene de la cultura comunal, tratando de respetar sus valores y concepciones relacionados a la salud y la enfermedad. Por lo que la adecuación de estos servicios es de manera unidireccional, desde la visión del personal de salud, con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el establecimiento.
- La pertinencia intercultural en los servicios de salud, es la construcción dialogada, consensuada y de manera bidireccional, entre el personal de salud con las y los usuarios indígenas, quienes plantean cómo quieren recibir los servicios de salud; basándose, sobre todo, en sus creencias, entorno, necesidades y demandas.

7. FACTORES DE RIESGO PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS MUJERES

¿Qué factores ponen en riesgo el bienestar emocional de las mujeres?

Los factores de riesgo son un conjunto de situaciones que ponen en peligro o en situación de vulnerabilidad la salud mental de las personas y que impiden el bienestar emocional. Estos factores pueden ser:

⁴ Fondo de Población de Naciones Unidas. Atención en salud con pertinencia intercultural. Módulo Técnico–Teórico. Dirigido a personal facilitador de salud. Lima, UNFPA, 2011.

individuales, familiares y sociales. (*Véase: Factores de riesgo. Capítulo II Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven en situaciones de violencia basadas en el género - VBG*).

8. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS MUJERES

Según la OPS, el estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales (incluida las desigualdades de género) y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida⁵. (*Véase: Promover estilos de vida saludables para el bienestar emocional de las mujeres, Capítulo III Pautas para la intervención*).

9. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- Atención integral a las mujeres que viven situaciones de violencia basada en el género implica incorporar –tanto en lo conceptual como en lo operativo– una serie de componentes

⁵ Organización Panamericana de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra. En: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

que están relacionados. Esto significa valorar y trabajar en atención psicológica, atención legal y atención en salud sexual y salud reproductiva.

- La finalidad de la atención será siempre –una vez hecha una identificación y detección– fortalecer la esfera de la autopercepción de ser una persona con derechos, con autonomía y bienestar emocional, con control sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva. De este modo, estará más fortalecida para ejercer su derecho a decidir y cambiar todo aquello que vulnera su bienestar emocional y afecte su vida.
- Debido a la complejidad del fenómeno de la violencia contra la mujer, la atención integral cuenta con diferentes herramientas técnicas que puedan presentarle un abanico de alternativas terapéuticas a la mujer asistida: consejería, psicoterapia, intervenciones en crisis, consejerías en visitas domiciliarias, talleres terapéuticos. La modalidad de atención integral en el marco del proyecto tiene como uno de sus pilares teóricos al modelo transteórico de cambio (Prochaska y Di Clementi)⁶.

⁶ MANJÓN GONZÁLEZ, Javier. Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja. Una propuesta desde el modelo transteórico de cambio. En: Revista de la Asociación Española Neuropsiquiátrica, 2012; 32(113), 83-101.

PARTE II

Acerca de la Violencia basada en género (VBG)

“...se relaciona con todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

(ASAMBLEA GENERAL
DE LAS NACIONES UNIDAS, 1993)

1. ¿QUÉ SIGNIFICA LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO? (VBG)

- La violencia basada en género o “violencia contra las mujeres”, abarca muchos tipos de comportamientos físicos, emocionales y sexuales nocivos para las mujeres y las niñas, que con frecuencia son practicados por miembros de la familia, pero a veces también por extraños, y que afectan negativamente a la salud mental de las víctimas.
- Como operadora y operadora de salud debes saber que en países latinoamericanos, como el Perú, la mayoría de las leyes y políticas emplean el término “violencia intrafamiliar” o “violencia familiar” cuando se refieren principalmente a la violencia contra la mujer. Sin embargo, es necesario precisar y especificar a quién se agrede y quién es la víctima. A veces, por colocar todo en un solo paquete se pierde de vista la importancia y dimensión de lo que sufre la persona agraviada, en este caso la mujer.

2. TIPOS DE VIOLENCIA

- **Violencia familiar**, “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual, que se produce entre: cónyuges, excónyuges, convivientes, exconvivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo

de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que vivan o no al momento de producirse la violencia”⁷.

- **Violencia psicológica**, incluye aquellos actos tendientes a controlar o aislar a la mujer, así como a humillarla o avergonzarla. Se manifiesta con amenazas, insultos, humillaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, el control desmedido, el uso del dinero o acceso a los bienes como medio de chantaje o presión.
- **Violencia física**, se refiere a toda conducta que implique el uso intencional de la fuerza en el cuerpo de la mujer, con el propósito de ocasionar lesión física o dolor. Ejemplos: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras, jalones de cabello, envenenamiento, cortes, golpes con objetos.
- **Violencia sexual**, es calificado como todo acto de índole sexual que sea impuesto mediante la fuerza, la amenaza, la coacción o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de la mujer. Se incluyen en esta categoría los actos contra el pudor (tocamientos, hostigamiento sexual, exhibicionismo), y la violación sexual (introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de dedos, lengua u objetos por vía vaginal o anal).

⁷ Perú. Congreso de la República. Ley 26260. Ley de Protección frente a la Violencia Familiar. Texto Único Ordenado de la Ley 26260 y sus modificaciones, 1997.

3. TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

- **Hostigamiento sexual⁸**, es “la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual no deseada y/o rechazada, realizada por una persona o más personas que se aprovechan de una condición de autoridad o jerarquía o cualquier otra situación ventajosa, en contra de una u otras, quienes rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad así como sus derechos fundamentales”.
- **Trata de mujeres**, nuestro Código Penal (artículo 182°) reconoce el delito de trata de personas sancionando a la persona “que promueve o facilita la captación para la salida o entrada del país o el traslado dentro del territorio de la República de una persona para que ejerza la prostitución, someterla a esclavitud sexual, pornografía u otras formas de explotación sexual”.

Cualquier tipo de violencia puede ocurrir dentro del ámbito familiar y fuera de este.

Como operador y operadora de salud debes tener en cuenta que lo que se denomina como “familia” no siempre es un espacio seguro para las mujeres. Es necesario y urgente cuestionar y modificar la idea de que la familia –como instancia– es intocable y que no se debe denunciar el abuso que ocurre dentro de esta.

⁸ Perú. Congreso de la República. Ley 27942. Ley de Prevención y sanción del hostigamiento sexual. Febrero 2003.

4. ¿CÓMO OCURRE EL PATRÓN CÍCLICO DE LA VIOLENCIA?

La violencia es una respuesta compleja y condicionada por múltiples variables, produce prácticas que lesionan derechos humanos. En este sentido, no constituye un proyecto aislado sino que está ligado íntimamente a los procesos de construcción de las identidades socioculturales, códigos simbólicos y relaciones de género establecidos en nuestra sociedad. Los estudios demuestran que existe un patrón cíclico en las relaciones de violencia contra las mujeres.⁹

- a) Acumulación de la tensión:** la irritabilidad del hombre se intensifica sin que haya un motivo comprensible o aparente para la mujer. Las discusiones por cuestiones intrascendentes y la violencia verbal aumentan progresivamente. El hombre con frecuencia descalifica todo lo que dice su pareja o la culpa por lo que está sucediendo; por otro lado, tiende a negar su hostilidad. La tensión seguirá acumulándose hasta que se produce la siguiente fase.
- b) Explosión violenta:** la violencia estalla y se producen las agresiones físicas, psíquicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- c) Arrepentimiento y/o reconciliación:** desaparecen la violencia y la tensión. El agresor se muestra profundamente apenado y arrepentido, puede pedir perdón y hacer regalos o promesas.

⁹ ALBERDI, I.; MATAS, N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002.

Esta fase refuerza la decisión de la mujer de continuar con la relación, llegando a creer que él realmente cambiará algún día. Ella puede, entonces, desistir ante la presión del victimario y ante la presión que ejerce la sociedad en general. Aquí es donde las mujeres agredidas pueden quitar las denuncias que han interpuesto.

Cuando la violencia se vuelve crónica, esta fase dura cada vez menos tiempo hasta que se vuelve inexistente, aumentando las anteriores en frecuencia e intensidad.

Toma en cuenta que, cuando una mujer que vive en situación de violencia pide ayuda, significa que ha transitado varias veces por el ciclo.

Cada vez que este círculo se cierra, la mujer pierde confianza en sí misma. Por ello, es esencial que las usuarias que acuden al servicio reciban los apoyos necesarios cuando se deciden a dar pasos encaminados a modificar su situación actual. De no ser acogida y sostenida, seguidamente puede esperarle la muerte.

5. LA DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA

La violencia basada en género suele conducir al deterioro gradual de la salud mental de las mujeres, siendo la depresión la secuela más frecuente e invalidante. Es por ello de gran importancia que el/la profesional que trabaja con esta problemática pueda identificar el cuadro clínico así como estar sensibilizado con los factores que favorecen su aparición.

- Según el Ministerio de Salud, la depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por el humor depresivo, la pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, el cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.
- También es conocido como trastorno depresivo que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo. Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las

personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan.”¹⁰.

- Es importante diferenciar la “depresión” como diagnóstico clínico o como enfermedad, producto de la tristeza esperada o natural que aparece por la pérdida de algún bien, objeto, persona o ilusión. Para hacer esta diferencia hay que considerar la duración del padecimiento, intensidad, gama y número de síntomas, y así evitaremos catalogar como depresión lo que puede ser una reacción esperable ante eventos dolorosos de la vida. (*Véase: Signos y tipos de depresión en anexo 2 del Capítulo II Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven en situaciones de violencia basadas en el género – VBG.*

6. EL FEMINICIDIO COMO EXPRESIÓN DE VIOLENCIA POR RAZONES DE GÉNERO

- El feminicidio se define como una forma de violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser tales, en el marco de una matriz cultural que la propicia, legitima y perpetúa, a través de los distintos mensajes de subordinación de lo femenino y la disposición del cuerpo de las mujeres¹¹. (*Véase: Señales de riesgo de feminicidio, en el Capítulo II Pautas para*

¹⁰ Ministerio de Salud. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión. Lima: Minsa, 2005.

¹¹ DADOR, Ma. Jennie. Historia de un debate inacabado. La penalización del feminicidio en el Perú. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2012.

la detección del estado emocional de las mujeres que viven en situaciones de violencia basadas en el género – VBG.

7. EL SUICIDIO COMO CONDUCTA LÍMITE CUANDO SE ES VÍCTIMA DE VIOLENCIA

- Las ideas y actos suicidas son modos de escapar a experiencias de violencia y de odio ante las cuales, las capacidades de afrontamiento de la persona resultan *insuficientes* (*Véase: Señales de riesgo suicida, en el Capítulo II Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven en situaciones de violencia basadas en el género - VBG*).
- El intento de suicidio apunta a una tentativa de liberarse de una marcada sensación de indignidad, de una marcada angustia que reduce a nada a la persona, que la hace sentir un objeto sin vida, sin valor, sin ningún mérito.
- En muchas ocasiones, el suicidio enmascara una intención agresiva hacia otros. Se utiliza este recurso extremo para conmover a un entorno que no ha sido lo suficientemente considerado/a.
- Con mucha frecuencia –cuando solo es un intento– el motivo es servirse del propio sacrificio para afectar a otro y para mostrarle lo que ha conseguido con su falta de estimación y de aprecio; para provocarle sentimientos de culpabilidad y moverle tal vez a una transformación profunda.

Tanto la depresión, el suicidio y el feminicidio son comportamientos que se derivan de un contexto social, cultural, político, económico y afectivo que resulta adverso para la mujer. No son comportamientos que se generan aisladamente porque las emociones no solo tienen una base biológica, se construyen en la cultura. Si bien, su abordaje y tratamiento proviene de las ciencias médicas, no se puede esperar que la medicación actúe por sí sola, es necesario incorporar una comprensión e intervención integral y holística. Expresiones como estas vulneran la autonomía de las mujeres

Tener presente que la autonomía es un proceso que se construye en el transcurso de la vida. Esta no se puede construir sobre un cuerpo dañado o destruido, sobre historias marcadas por opresión y abuso, sobre cuerpos e identidades vulneradas. Por lo tanto, nuestras intervenciones tienen que colocar este eje en el centro y preguntarse infinitas cosas, algunas como: ¿tienen las mujeres las mismas oportunidades para ser actoras y autoras de su propia vida?, ¿aprendieron a cuidarse a sí mismas?, ¿cómo pueden construir autonomía si el uso del tiempo en tareas de cuidado y domésticas es desigual?, ¿hay autonomía en una mujer que tiene diez hijos?, ¿satisfacen sus deseos como en proyectos de vida para sí mismas?, ¿ha tenido la oportunidad para desprender la servidumbre voluntaria? (destrezas y habilidades para servir siempre a los otros). Recordar siempre que la autonomía es fundamentalmente un conjunto de procesos de poder. ¿Cómo contribuir, entonces, desde su profesión y servicio para revertir esto?

Consecuencias como la depresión y el suicidio no son gratuitas, así como el no poder romper con relaciones de violencia que atentan contra su vida (riesgo de feminicidio). Es necesario hacer una reforma política de la vida cotidiana¹², para no ser construidas –como género y como personas– sobre un déficit de cuidados. Quienes hacen y deciden política pública deberían entrar en un análisis más profundo al respecto.

8. TIPIFICACIÓN DEL AGRESOR

Los estudios en la materia han tipificado –en cierta forma– cómo se configura a quien agrede. Es importante considerarlo en su análisis integral:

- **El agresor**, es aquel que usa habitualmente la violencia en sus relaciones familiares como forma de comunicarse, resolver conflictos, imponer su criterio o expresar sus emociones. Son hombres que tienen fuertemente interiorizados los estereotipos tradicionales de la superioridad masculina. Se han encontrado en ellos cuatro rasgos o actitudes comunes que explican por qué pueden considerar como natural o justificado el uso de la violencia:

¹² LAGARDE, Marcela. Para mis socias de la vida. Madrid: Editorial horas y horas, 2005.

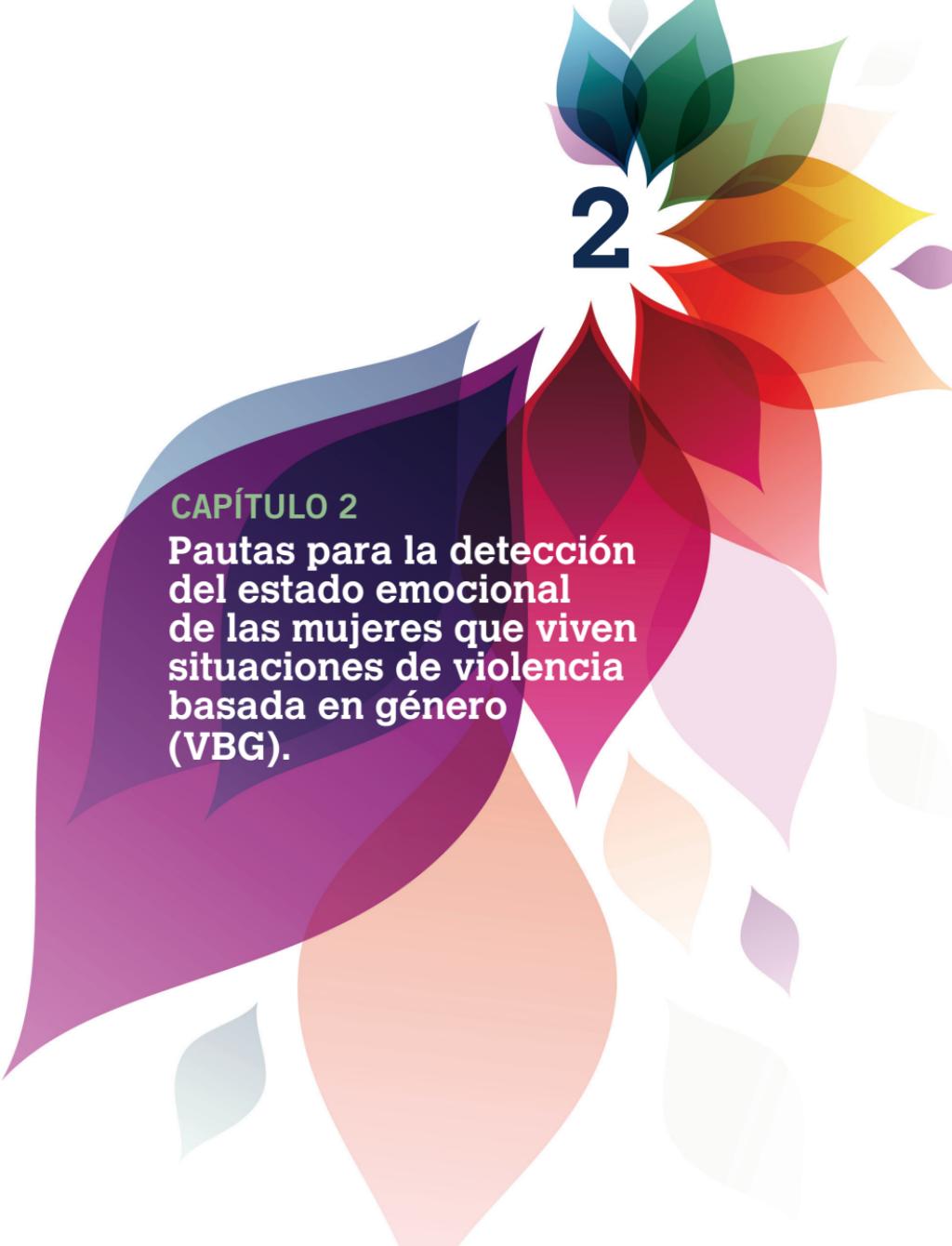
- **Cree tener derecho a ejercer el control.** El agresor está convencido de su derecho a ejercer el control absoluto sobre las decisiones y la vida de su pareja. De igual manera, cree tener la potestad para usar la violencia o la coerción cuando siente que ha perdido ese control.
- **Cree tener derecho a que todas sus necesidades sean satisfechas.** El agresor cree que su compañera tiene el deber de atender todas sus necesidades y darle atención cada vez que él lo solicite, más allá de cuáles sean los sentimientos y necesidades de ella. Si no recibe la respuesta que desea, apela a su “derecho” de usar el castigo o la violencia.
- **La cosificación.** El agresor, al no tener en cuenta las emociones o los deseos de su pareja, termina por considerarla un ser inferior, una especie de objeto que debe estar en función de sus necesidades. El percibir a su compañera como alguien despojado de su humanidad, es decir, como una cosa, le facilita el uso de la violencia.
- **La Posesión.** Implica considerar a la compañera como alguien de su absoluta pertenencia, con la que puede hacer lo que considere necesario, incluso golpearla.

9. EL MODELO TRANSTEÓRICO O TEORÍA DE LAS ETAPAS DE CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

Cuando una mujer es víctima de violencia por razones de género, experimenta procesos mentales y afectivos muy intensos que suelen dificultar la toma de decisiones o los cambios. Es un dato innegable de la experiencia que las mujeres violentadas muchas veces, luego de haber intentado una separación, retornan a la relación de abuso. Esto nos dice que no siempre la mujer está preparada emocionalmente para sostener su decisión de romper con el vínculo, por lo que hay que ser sumamente cuidadosos/as con nuestras intervenciones y tener en cuenta algunos aspectos que están presentes en este proceso.

- El modelo transteórico es un recurso que permite identificar las diferentes etapas que atraviesa una persona en el camino de adoptar un comportamiento. En el caso de la violencia, nos permite detectar y comprender que el comportamiento no es lineal; más bien se presenta como un proceso con avances y retrocesos entre las etapas antes de que se consolide la fase final o de mantenimiento.¹³ (*Véase: Intervención según etapa de cambio (Modelo transteórico) en la que se encuentra la mujer que vive situaciones de violencia Capítulo III Pautas para la intervención*)

¹³ MANJÓN GONZÁLES, Javier (2012). Op.cit.



2

CAPÍTULO 2

Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven situaciones de violencia basada en género (VBG).

CONTENIDOS

OBJETIVO DEL CAPÍTULO

1. Procesos cognitivos y afectivos que pasan las mujeres frente a situaciones de violencia según las etapas de cambio de comportamiento.
2. Factores de riesgo psicosociales con perspectiva de género que afectan el bienestar emocional en la mujer.
3. Tamizaje para detectar síntomas de trastorno de salud mental.
4. Valoración del riesgo.
 - 4.1. Señales de riesgo de feminicidio.
 - 4.2. Señales de riesgo suicida.
 - 4.3. Señales de riesgo homicida.

Anexos

“Es responsabilidad del Estado implementar en el Modelo de Atención Integral el componente de salud mental y psiquiatría¹⁴. Necesitamos un modelo que acoja y piense en las mujeres, que promocione una vida saludable, que sea sensible al enfoque de género, de derechos y psicosocial y responda a las necesidades recogidas en los estudios y a las particularidades que se recojan acerca de la cultura de cada zona”¹⁵.

¹⁴ Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005–2010. Lima: Minsa, 2005.

¹⁵ Movimiento Manuela Ramos y Centro de Atención Psicosocial (2012). Estudio de Línea de Base. Proyecto: Promoción de la Salud Mental de las Mujeres: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano.

Objetivo del capítulo



Brindar herramientas útiles que permitan a los hombres y mujeres, profesionales de la salud, realizar una detección oportuna de la violencia basada en el género y su impacto en el estado emocional de las mujeres.

Pautas para la detección del estado emocional de las mujeres que viven situaciones de violencia basada en género (VBG)



Es importante que el personal que recibe y atiende a las mujeres en los servicios de salud, cuente con destrezas para identificar el estado emocional y los factores de riesgo:

1. PROCESOS COGNITIVOS Y AFECTIVOS QUE PASAN LAS MUJERES FRENTE A SITUACIONES DE VIOLENCIA, SEGÚN LAS ETAPAS DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

- En las mujeres afectadas por la violencia se desarrollan procesos mentales y afectivos muy intensos que suelen dificultar la toma de decisiones o los cambios para enfrentar una vida sin violencia¹⁶.
- En esta comprensión es de suma utilidad el Modelo transteórico (también conocido como la Teoría de las etapas de cambio), que describe las etapas que atraviesa un individuo en el camino de adoptar un comportamiento.
- En el cuadro siguiente se presentan los procesos cognitivos y afectivos por los que suele pasar la mujer frente a situaciones de violencia:

¹⁶ MANJÓN GONZÁLEZ, Javier (2012). Op.cit.

ETAPAS DE CAMBIO	IDENTIFICANDO LOS PROCESOS COGNITIVOS Y AFECTIVOS QUE PASA LA MUJER FRENTE A SITUACIONES DE VIOLENCIA
Pre-contemplación	<p>La mujer no reconoce a la violencia como un problema y no considera que esté en riesgo; más bien tiende a negar el conflicto, a defenderse ante la presión externa y a culparse a sí misma por el maltrato recibido. El problema de fondo es que la mujer puede sentir que la situación de violencia en la que vive es “natural” ya que en su familia de origen sucedía lo mismo. No tiene una clara motivación de cambio, acude a consulta ya sea porque la ha enviado una institución, o porque piensa que son otras personas de la familia los que tienen problemas. También es frecuente que se acerquen a las sesiones para que el consejero o la consejera hable con la pareja, le llame la atención o que haya alguna sanción social que lo haga cambiar de actitud.</p>
Contemplación	<p>La mujer reconoce la situación de violencia en la que vive, tiene una conciencia creciente de los elementos a favor y en contra del cambio, pero aún no puede pasar a la acción. Puede quedarse en esta etapa por un largo tiempo, incluso lo mantiene en secreto, por vergüenza y/o por miedo.</p>
Preparación	<p>La mujer intenta el cambio y desarrolla un plan, se encuentra más preparada para pasar a la acción en un futuro próximo, pero aún se mantiene en la relación violenta. Pueden aparecer conductas preparatorias para la decisión final, tales como: hablar con los familiares de su pareja para que ya no la siga maltratando, buscar ayuda en la comisaría para que los policías pongan límite a la agresión, entre otros.</p>





ETAPAS DE CAMBIO	IDENTIFICANDO LOS PROCESOS COGNITIVOS Y AFECTIVOS QUE PASA LA MUJER FRENTE A SITUACIONES DE VIOLENCIA
Acción	La mujer ha tomado acciones encaminadas a terminar con la situación de violencia: ha salido de la casa o ha denunciado la violencia, ha exigido medidas de protección, etc. Esta etapa se define por la ruptura de la relación; en ella concluye la violencia.
Mantenimiento	La conducta violenta ha terminado y la mujer busca prevenir que se repita el patrón de maltrato del que ha salido. Se considera consolidada esta etapa cuando no ha habido recaídas o reconciliaciones durante seis meses. La mujer se siente capaz de mantenerse alejada del agresor, se percibe a sí misma distante emocionalmente o lo rechaza de manera marcada. La estabilización del cambio, el inicio de una nueva forma de vida y la evitación de las recaídas son los principales signos de esta etapa.

Elaborado en base a información contenida en Manjón González, J. (2012) y a la experiencia de trabajo con mujeres atendidas por el proyecto “Promoción de la salud mental de las mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano”.

- El proceso de cambio de comportamiento es lento y gradual de ahí la necesidad de entender cuáles son las etapas de cambio por las cuales pasa la persona, antes de asumir un nuevo comportamiento¹⁷.

¹⁷ ALIAGA, Elizabeth. Guía: Promoción de prácticas saludables con metodología PECE: Planeamiento Estratégico de Comunicación Educativa en Salud. Lima: Proyecto Amares, 2007.

- Con cualquier comportamiento dado, la mujer podría detenerse en alguna etapa en particular del proceso o aún podría revertirse a una etapa anterior. Alguien podría oscilar entre la preparación y acción muchas veces durante el curso de su vida, particularmente para los comportamientos que requieran cambios de estilo de vida a largo plazo.

2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO QUE AFECTAN EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA MUJER¹⁸

- Los factores de riesgo son un conjunto de situaciones que ponen en peligro o en situación de vulnerabilidad la salud mental de las mujeres y que impiden el bienestar emocional. Estos factores pueden ser: individuales, familiares y sociales.

En el nivel individual, aspectos como:

- Desconocer sus derechos en cuanto a salud.
- Estar expuestas y vivir situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual (tamizaje en VBG, ver anexo II y III de la Guía técnica de la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género-MINSA)¹⁹.

¹⁸ Esta sección ha sido elaborada en base a los documentos producido en el marco del Proyecto Promoción de la salud mental de las mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano - DCI-SANTE/2010/256-745. Periodo 2011 – 2013.

¹⁹ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 141-2007. Año 2007.

- Tener problemas de salud sexual y salud reproductiva como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos inseguros, dificultad en la vida sexual, entre otros.
- Asumir sola la crianza de los hijos e hijas, y con sobrecarga, además, por cuidar a otros familiares como nietos/as, abuelos/as.
- Depender económicamente de la pareja o de otras personas de su entorno.
- Asumir todas las tareas del hogar (sobrecarga de trabajo). La doble jornada de trabajo (labores fuera del hogar y dentro de este).

En el entorno familiar–social, aspectos como:

- Falta de oportunidades económicas (incluida la laboral).
- Asumir y/o vivir la violencia como algo natural.
- Falta de redes de apoyo social (organizaciones de mujeres u otras), especialmente cuando es víctima de violencia.
- Aceptar sin cuestionamientos la infidelidad masculina.
- Difícil acceso a servicios de calidad para atención de la violencia y la salud mental.
- Inseguridad ciudadana que las expone a situaciones de violencia cotidianamente.

El y la profesional de salud, mientras realizan las entrevistas necesarias, deben identificar y considerar que existen factores de riesgo que afectan el bienestar emocional.

Estos deben ser tomados en cuenta cuando exploran las diferentes situaciones que relata la mujer alrededor de su vida personal y entorno familiar-social. Solo así podemos garantizar una comprensión e intervención integral, libre de prejuicios por parte de quien la atiende o recibe en el servicio.

3. TAMIZAJE PARA DETECTAR SÍNTOMAS DE TRASTORNO DE SALUD MENTAL

Es importante que usted identifique síntomas que afectan el estado emocional de las mujeres,

- El tamizaje es un proceso que permite identificar oportunamente a personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental (desde trastornos leves de depresión, ansiedad hasta casos psicóticos). Para lo cual se usa un cuestionario de síntomas (SRQ-18)²⁰. (*Véase: Anexo 1: Cuestionario de síntomas SRQ-18*)

²⁰ Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica en depresión, aprobado según RM N° 648-2006. Lima: Minsa, 2006.

- El cuestionario SRQ es un instrumento sistematizado por la Organización Mundial de la Salud y utilizado en varios países con altos niveles de confiabilidad y validez. Está principalmente orientada a los servicios de atención primaria, siendo una escala de tamizaje para detectar a las personas que pudieran necesitar cuidados en su salud mental, como es el caso de la depresión.
(Véase: Anexo 2: signos y tipos de depresión)

4. VALORACIÓN DEL RIESGO

Es importante que se incorpore la valoración del riesgo²¹ como parte de su análisis integral.

- Son consideradas situaciones de riesgo aquellas que hacen peligrar la seguridad e integridad física y mental de la mujer, ya sea por acciones que podrían conducir al feminicidio, a la autoeliminación y/o aquellas que podrían conducir al homicidio de su agresor o a miembros de su familia (hijos, padres, hermanos).
- Una mujer también se encuentra en riesgo cuando está desorientada en tiempo, espacio y persona, cuando presenta un trastorno agudo de estrés postraumático, una crisis psicótica, de ansiedad, trastorno demencial, un estado disociativo, entre otros. En todos estos casos se requiere de un sistema de soporte emocional-social.

²¹ Gobierno de Canarias. Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Canarias: Servicio de Salud, 2003.

A continuación se detallan las señales de riesgo de feminicidio, riesgo suicida y homicida, que han sido elaborados a partir de la revisión de normatividad existente en el país y bibliografía internacional²².

4.1. Señales de riesgo de feminicidio

- Son indicadores o señales útiles para evaluar el riesgo de feminicidio si la mujer evidencia y/o confirma aspectos tales como:
 - Percepción de la mujer de que existe peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos o hijas.
 - Uso o amenaza de uso de armas, sustancias u objetos potencialmente letales en episodios anteriores de violencia.
 - Consumo de sustancias psicoactivas por parte de la pareja.
 - Amenazas de muerte a ella y/o sus hijos o hijas.
 - Amenazas o acoso a pesar de estar separados (el feminicidio tras la decisión de ruptura de la mujer es más frecuente).
 - Amenaza y agresión a los familiares, amigos y vecinos.
 - Aumento en la frecuencia e intensidad de los episodios violentos.

²² Gobierno de Canarias. Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Canarias: Servicio de Salud, 2003; y, Ministerio de Salud; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Guías de atención de la violencia familiar y sexual. Lima: Minsa; MIMP, 2009.

- Aumento en la gravedad de las lesiones producto de la violencia, incluso con hospitalización.
- Agresiones durante el embarazo (si lo tuvo o tiene en curso).
- Agresiones sexuales repetidas.
- Antecedentes criminales y/o psiquiátricos del agresor.
- Existencia de abuso sexual a algún miembro del grupo familiar.
- Consultas frecuentes a emergencias por accidentes repetitivos.
- Aislamiento creciente de la mujer respecto a su entorno.
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer a causa de los problemas en la relación.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, a dónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

4.2. Señales de riesgo suicida

- Son indicadores o señales útiles para evaluar el riesgo suicida si la mujer evidencia y/o confirma aspectos tales como:
 - Presencia de ideas fijas relacionadas con la muerte y/o la autoeliminación.

- Presencia de una marcada sensación de minusvalía o indignidad, la persona se siente un objeto sin valor o mérito.
- Presencia de otros signos y síntomas depresivos tales como: aplanamiento afectivo, insomnio persistente, desesperación, ensimismamiento, pensamiento pesimista o desesperanzado, descuido en la higiene personal, sentimiento de derrota o de carencia, angustia desbordada.
- Presencia de un plan suicida: la mujer refiere –luego de una exploración detenida por parte del profesional–, que ha conseguido el instrumento con el que puede hacerse daño (veneno, cuerdas, cuchillo, arma de fuego, etc.), que ha guardado este instrumento en su vivienda o lugar al que tenga acceso, ha escrito cartas, ha avisado a familiares o vecinos de sus intenciones, menciona cuál sería la mejor hora, día u ocasión para dañarse.
- Presencia de manifestaciones que apuntan a la idea de no tener nada o nadie que le dé sentido a su vida o que la retenga en este mundo, que ya ha decidido quién va a cuidar a sus hijos o familiares cercanos, o que luego de muerta la van a recordar o les va a pesar.
- Antecedentes de intento suicida de la mujer o de algún familiar cercano.
- Uso de alcohol o de otras drogas.

- Personalidad con trastorno psicótico o con capacidades disminuidas para el control de impulsos (retardo mental moderado, algún trastorno neurofisiológico, etc.).
- Nota importante: tener en cuenta que no todas las personas que corren riesgo de suicidio tienen un plan elaborado previamente. Existen personalidades con grandes dificultades para el control de impulsos que llegan al acto suicida de un momento a otro, como resultado de un movimiento súbito. En estos casos se deberá prestar atención a la intensidad de los indicadores depresivos y al nivel de impulsividad.

4.3. Señales de riesgo homicida

- Son indicadores o señales útiles para evaluar el riesgo homicida si la mujer evidencia y/o confirma aspectos tales como:
 - Presencia de ideas fijas de homicidio o de una combinación de ideas de suicidio y homicidio.
 - Presencia marcada del afecto de odio o rencor contra el agresor y a la vez, sensación de estar atrapada en la relación.
 - Presencia de celos intensos hacia el agresor debido a conductas de infidelidad. Este es un indicador importante a tomar en cuenta aunque pueda sorprender por la contradicción de los afectos. Pregunta frecuente, ¿cómo puede celarla si es violento con ella?

- Presencia de otros signos y síntomas depresivos (desesperación, ensimismamiento, pensamiento pesimista/desesperanzado, descuido en la higiene personal, sentimiento de derrota o de carencias) y de alteraciones en el manejo de los impulsos (expresiones de rabia, peleas no usuales con vecinos).
- Presencia de un plan homicida: la mujer refiere –luego de una exploración detenida por parte del profesional–, que ha encontrado el instrumento con el que puede hacer daño al agresor (veneno, cuchillo, arma de fuego, etc.), que ha guardado este instrumento en su vivienda o lugar al que tenga acceso, ha escrito cartas, ha avisado a familiares o vecinos de sus intenciones, menciona cuál sería la mejor hora, día u ocasión para matar al agresor o a sus hijos o hijas, y para luego autoeliminararse.
- Presencia de manifestaciones que apuntan a la idea de no tener otra alternativa que el homicidio (o la combinación suicidio/homicidio), que ya ha decidido quién va a cuidar a sus hijos o familiares cercanos, que se va a llevar a sus hijos con ella ya que no puede permitir que sufran, que no hay nada que la retenga en esta vida, que el agresor no la va a dejar tranquila nunca y que tiene mucho poder, por lo que solo le queda eliminarlo.
- Antecedentes de intento suicida u homicida de la mujer o de algún familiar cercano.
- Uso de alcohol o de otras drogas.

- Personalidad con trastorno psicótico o con capacidades disminuidas para el control de impulsos (retardo mental moderado, algún trastorno neurofisiológico etc.).
- Hay que tener en cuenta que no todas las personas que están en riesgo de cometer un homicidio tienen un plan elaborado previamente. Existen personalidades con grandes dificultades para el control de impulsos que llegan al acto homicida de un momento a otro, como resultado de un movimiento súbito. En estos casos se deberá observar la intensidad de los indicadores depresivos, al nivel de hostilidad y de impulsividad.

ANEXOS DEL CAPÍTULO II

ANEXO 1

Cuestionario de sintomas: S.R.Q.-1823

Fecha Entrevistador/a:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL/LA PACIENTE:

Nombre:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: Mujer Varón

Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....

.....

.....

1.	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene mal apetito?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
3.	¿Duerme mal?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
4.	¿Se asusta con facilidad?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
5.	¿Sufre temblor en las manos?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
6.	¿Se siente nervioso/a o tenso/a?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
7.	¿Sufre de mala digestión?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
8.	¿Es incapaz de pensar con claridad?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
9.	¿Se siente triste?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
10.	¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>

²³ Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica en depresión, aprobado según RM N° 648-2006. Lima: Minsa, 2006.

11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
16.	¿Se siente aburrido/a?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
18.	¿Se siente cansado/a todo el tiempo?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18:

19.	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
20.	¿Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
21.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
22.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
23.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
24.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
25.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
26.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
27.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>
28.	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

El cuestionario tiene varias partes: las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros. Nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado/a tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un “caso”.

Las preguntas 19 a 28 deben ser llenadas solo por el personal de salud mental.

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina un “caso”.

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un “caso”.

ANEXO 2

Signos y tipos de depresión

SIGNOS DE DEPRESIÓN

- **Alteraciones del afecto:** 1) Tristeza patológica, es la pena y dolor mayor a lo que normalmente se puede experimentar ante situaciones difíciles, y que interfiere en la vida social, familiar y sexual. 2) Sentimientos de minusvalía, la persona se siente sumamente incapaz, con poco valor personal, indigna de ser amada o de tener logros. Esto suele ir acompañado de intensos autoreproches y de una excesiva culpa que puede desembocar en delirios. 3) Ansiedad, es el acompañante habitual de la persona deprimida, se trata de una desazón y nerviosismo constante, que está presente siempre como telón de fondo.
- **Alteraciones del pensamiento:** 1) Alteraciones en el contenido y curso, el sujeto imagina tener enfermedades de todo tipo, surgen obsesiones, ideas derrotistas. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la persona se distrae con facilidad. 2) Pensamientos suicidas, preocupación exagerada por la muerte, ideas y deseos suicidas que pueden llegar al acto aniquilatorio.
- **Alteraciones de la conducta:** 1) Desgano e incapacidad para el disfrute, la persona se torna apática e inhibida y deja de realizar actividades que antes generaban gratificación. Disminuye también el deseo y la actividad sexual. 2) Disminución de la energía, se

presenta un cansancio injustificado que varía durante el día, aunque suele ser más acentuado en las mañanas.

- **Alteraciones de las funciones vitales:** 1) Alteraciones del sueño, puede aparecer el insomnio, es decir, la dificultad para conciliar y para mantener el sueño, y en algunos casos puede presentarse la hipersomnia o exceso de sueño. 2) Modificaciones del apetito, por lo general el apetito y el peso disminuyen.
- **Alteraciones somáticas:** 1) Aparecen dolores en diversas partes del cuerpo que no se explican a partir de una enfermedad orgánica.

TIPOS DE DEPRESIÓN

En concordancia con los signos, su intensidad, duración y frecuencia.

- **Depresión leve**, aparecen al menos dos de los siguientes síntomas: 1) ánimo depresivo, 2) pérdida de interés, 3) de la capacidad de disfrutar, y 4) aumento de la fatigabilidad. Aparecen, además, al menos dos de los signos enumerados anteriormente. Ninguno de ellos está presente en un grado intenso. La persona tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque por lo general no las abandona por completo.
- **Depresión moderada**, aparece un mínimo de seis síntomas: al menos dos de los tres mencionados para el episodio depresivo leve y cuatro de los signos fundamentales enumerados. Algunos de los síntomas se pueden presentar en grado intenso. La persona que padece un episodio depresivo moderado probablemente tendrá

grandes dificultades para continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas.

- **Depresión grave**, deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y por lo menos cuatro de los signos fundamentales enumerados, los cuales deben ser de intensidad grave. La persona padece de una considerable angustia o agitación o por el contrario, puede que la inhibición sea la característica más marcada. La pérdida de estimación hacia sí misma, los sentimientos de inutilidad o de culpa, y el riesgo de suicidio suelen ser muy importantes. Durante un episodio depresivo grave es muy poco probable que la persona sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.



3

CAPÍTULO 3

Pautas para la intervención

CONTENIDOS

Objetivo del capítulo

1. El apoyo emocional mediante la orientación/consejería.
 - 1.1 Etapas de la sesión de orientación/consejería.
 - 1.1.1. Etapa inicial.
 - 1.1.2. Etapa intermedia.
 - 1.1.3. Etapa de cierre de la sesión y seguimiento.
 2. Intervención según etapa de cambio (Modelo transteórico) en la que se encuentra la mujer que vive situaciones de violencia.
 3. Consideraciones cuando se recibe a otros familiares.
 4. Consideraciones si hay que abordar al agresor.
 5. ¿Qué no se debe hacer cuando se interviene con mujeres afectadas por la violencia?
 6. Planes de seguridad para mujeres que vienen en situaciones de riesgo
 - 6.1. Plan de seguridad para mujeres que deciden retirarse de su domicilio.
 - 6.2. Plan de seguridad para mujeres que deciden permanecer en su domicilio.
 - 6.3. Plan de seguridad para mujeres que se retiraron de su domicilio y cuyos agresores ya no viven en la casa.
 7. Promover estilos de vida saludables para el bienestar emocional de las mujeres.

Anexos

“Garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia basada en género, a los servicios públicos de calidad, incluyendo el acceso al sistema de salud y judicial, entre otros, contribuyendo a superar su condición de víctimas”.²⁴

Objetivo del capítulo

Contribuir con herramientas útiles para la intervención y seguimiento que permita a hombres y mujeres, profesionales de la salud, actuar con una comprensión integral y sensible frente al problema de la violencia de género y la posibilidad de revertir la historia de cada mujer.

²⁴ Objetivo Estratégico N°2 Del Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015.

Pautas para la intervención

1. EL APOYO EMOCIONAL MEDIANTE LA ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

- La orientación/consejería es una modalidad de apoyo terapéutico que favorece que las y los usuarias/os logren una mayor comprensión de la situación o problema que presentan, y superen algunos obstáculos que impiden el alivio y/o la resolución de dicha dificultad.
- La orientación/consejería puede ser llevada a cabo no solo por psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales, sino por otros profesionales y personas debidamente capacitadas. (Véase: *Características o cualidades que deben tener las personas que realizan consejerías, en el anexo 1 de este capítulo y; La entrevista, en el anexo2*).

1.1. Etapas de la sesión de orientación/consejería

- La sesión de orientación/consejería puede ser organizada en tres momentos fundamentales: etapa inicial, etapa intermedia y etapa de cierre y seguimiento.

- En dichas etapas se deberá identificar –en paralelo– la fase que precisa el modelo transteórico respecto al momento en el que se encuentra la mujer (**Véase: Capítulo III Pautas para la intervención**). Esto le permitirá hacer una intervención más oportuna.

1.1.1. Etapa inicial

- **Escucha atenta**

- Recuerde que su actitud, tanto la postura corporal como los gestos pueden favorecer o entorpecer este momento que es central. Por ello es importante no interrumpir el relato de la mujer durante los primeros 10 minutos, a menos que se necesite realizar preguntas que ayuden a comprender mejor la relación violenta: ¿quién?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?, ¿dónde?
- Facilite el desahogo de los afectos y contenga emocionalmente a la usuaria. El orientador/a o consejero/a que brinda soporte, debe evitar comentarios o actitudes defensivas que inhiban a la persona atendida o que repriman sus emociones.

- **Encuadre de sesiones**

- Oriente a la mujer acerca del uso que tendría el espacio de orientación/consejería y subraye la confidencialidad del mismo. Ejemplo, “*en esta reunión usted puede contar lo que le está preocupando, yo la voy a escuchar y tratar de ayudar*”.

Lo que diga va a quedar entre nosotros/as. Al final, veremos si es que son necesarias más reuniones para ayudarle con el problema que le preocupa”.

- Tenga en cuenta que el tiempo promedio de la primera sesión es de una hora, pero se puede brindar un tiempo adicional en los casos que se considere necesario y/o en aquellos en que se sabe que la mujer no va a regresar. La sesión no debe excederse de hora y media.
- En las siguientes sesiones el tiempo referencial es de 45 minutos.

1.1.2. Etapa intermedia

- **Compresión sobre el problema**

- Empiece hablando de manera muy general, de otras personas y luego ir profundizando en el motivo de consulta. Hay que tener en cuenta que la queja inicial de la mujer no siempre es la razón central del pedido de ayuda.
- Pregunte con cuidado teniendo en cuenta el ritmo y la emotividad de la mujer. Algunas pautas son: preguntar sobre aquellas cosas que no han quedado claras o por aquellas que pueden ser importantes, pero que han sido dichas de una manera tangencial. Parafrasear lo que la mujer está diciendo para que ella confirme si lo que está entendiendo el orientador/a o consejero/a es lo que ella intenta decir.

- **Intervención sobre el problema**

En esta etapa el orientador/a o consejero/a ya debe tener una clara impresión sobre:

- La etapa de cambio en la que se encuentra la mujer asistida.
- Los síntomas que alteran el nivel de funcionamiento.
- El nivel de riesgo en que se encuentra.
- Los obstáculos que no le permiten percibir el problema de otra manera y darle solución.

1.1.3. Etapa de cierre de la sesión y seguimiento

- Tenga presente el tiempo de la sesión. Faltando un promedio de cinco a diez minutos, puede aludir al cierre sin brusquedad.
- Reforzar las capacidades de la mujer asistida y su colaboración durante la sesión.
- Hacer una síntesis de lo trabajado resaltando los aspectos más importantes.

2. INTERVENCIÓN SEGÚN ETAPA DE CAMBIO (MODELO TRANSTEÓRICO) EN LA QUE SE ENCUENTRA LA MUJER QUE VIVE SITUACIONES DE VIOLENCIA

- Si bien, los hombres y mujeres, profesionales de la salud, cuentan con una serie de pautas para identificar si la mujer está siendo víctima de violencia por razones de género; también es importante valorar que el proceso de cambio es complejo y deberán identificar en qué etapa se encuentra la mujer atendida para direccionar mejor su intervención.
- El modelo considera que no existe una progresión lineal sino plantea un proceso con avances y retrocesos entre las etapas antes de que se consolide la fase final o de mantenimiento.

ETAPAS DE CAMBIO	CÓMO INTERVENIR SEGÚN ETAPA DE CAMBIO
Pre-contemplación	<ul style="list-style-type: none">– Favorezca la toma de conciencia de la mujer acerca del problema de violencia en el que vive y el grado de la misma. Ejemplo de preguntas: ¿por qué cree usted que sucede esto?,– Cuestione la naturalización de la violencia. Exprese que esta es indigna, inaceptable, que constituye una falta a sus derechos y, en muchas ocasiones, un delito; que la mujer tiene derecho a una vida libre de maltratos, al bienestar emocional, a la recreación, que la violencia se da por las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, entre otros.– Explore los detalles de cómo sucede la violencia (física, psicológica o sexual) relacionándolo con el patrón cíclico de la misma, para que la mujer se escuche a sí misma relatando la violencia en la que vive.– Enfatice que la situación que vive no es culpa de ella.– Relacione la situación de violencia con los efectos en su salud física y emocional y los riesgos a la que se expone en esta situación (feminicidio, homicidio, suicidio).– Inicie la evaluación de las ventajas y desventajas de estar en una relación violenta.





ETAPAS DE CAMBIO	CÓMO INTERVENIR SEGÚN ETAPA DE CAMBIO
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="359 269 850 318">- Profundice la toma de conciencia del abuso en el que vive la mujer. <li data-bbox="359 336 850 416">- Apoye progresivamente la búsqueda de conductas alternativas y el desarrollo de actitudes asertivas. <li data-bbox="359 434 850 514">- Ayude a que la mujer haga la evaluación de las ventajas y desventajas de dejar la relación abusiva. <li data-bbox="359 531 850 639">- Señale la responsabilidad que le ataña a la mujer en sostener una relación violenta y las actitudes, creencias, conductas de ella que favorecen la tolerancia a una relación violenta. <li data-bbox="359 656 850 737">- Cuestione su esperanza acerca del posible cambio en la pareja y la convicción de que ella debe seguir soportando la situación. <li data-bbox="359 754 850 834">- Cuestione la obediencia a la pareja. (Ejemplo, la mujer evita cualquier acto que su pareja no apruebe). <li data-bbox="359 852 850 932">- Incremente en ella el sentimiento de injusticia, y cómo afecta su desarrollo personal, su autonomía. <li data-bbox="359 950 850 1030">- Refuerce los actos que lleven a la mujer a una mayor autonomía: dedicar más tiempo para sí misma, hacer algo placentero, etc. <li data-bbox="359 1047 850 1155">- Refiera a la mujer a grupos de soporte/ autoayuda, talleres terapéuticos a la vez de consolidar la continuidad del vínculo de confianza con el consejero/a.





ETAPAS DE CAMBIO	CÓMO INTERVENIR SEGÚN ETAPA DE CAMBIO
Preparación	<ul style="list-style-type: none">- Dígale a la mujer que está en una etapa avanzada en su proceso de cambio y felicítela por eso.- Informe sobre los factores de riesgo con perspectiva de género y promueva estilos de vida saludables.- Contrarreste los miedos, temores y la soledad.- Fortalezca sus habilidades para vincularse con los demás.- Oriente sobre planes de seguridad.
Acción	<ul style="list-style-type: none">- Brinde soporte emocional para prevenir la recaída o retorno a la etapa anterior.- No la culpe ni critique por la “recaída” (si es que ocurre), recuérdele que es un proceso de cambio, que ella está en una etapa avanzada de cambio.- Haga las derivaciones a otros profesionales del equipo o a instituciones de salud, Centro de Emergencia Mujer, servicio de psiquiatría, poder judicial, entre otros.





ETAPAS DE CAMBIO	CÓMO INTERVENIR SEGÚN ETAPA DE CAMBIO
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Señale que los cambios más profundos se logran con un trabajo sostenido y de varias sesiones. - Haga las derivaciones a otros profesionales del equipo o a instituciones de salud, Centro de Emergencia Mujer, servicio de psiquiatría, poder judicial, entre otros. - En caso que la persona no muestre compromiso de regresar, manifieste la más sincera preocupación por su bienestar (sin angustiar, culpabilizar o descalificar a la usuaria), se le ofrece el espacio para cuando ella quiera retomarlo y se le dice que sería importante que regrese a otra sesión el mes siguiente, para ver cómo sigue su situación. - Si no acude a dicha cita, realice una llamada telefónica o visita domiciliaria.

Elaborado en base a información contenida en Manjón González, J. (2012), Romero, Inmaculada (2010), y a la experiencia de trabajo con mujeres atendidas por el proyecto “Promoción de la salud mental de las mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano”.

- Es importante reconocer el carácter gradual del proceso de cambio y respetar el tiempo personal de cada mujer. No hay que olvidar que el abandono de un vínculo violento implica redefinir aspectos de la propia identidad, del modo en que la mujer se percibe a sí misma y a los demás.

3. CONSIDERACIONES CUANDO SE RECIBE A OTROS FAMILIARES

- Se debe aceptar que la mujer asistida invite a la sesión a quien estime pertinente.
- Algunas pautas para la sesión con la mujer y su familiar:
 - Recoger información acerca del vínculo y cómo este guarda relación con el problema presentado.
 - Preguntar al familiar sobre lo que piensa de la situación y sobre el rol de la mujer en la misma.
 - Preguntar al familiar lo que siente hacia la mujer.
 - Reiterar los contenidos básicos de la etapa pre-contemplativa confrontando a la pareja de la mujer si es necesario.
 - Se le dice a continuación al familiar que quiere tener unos minutos a solas con la mujer asistida.
 - Continuar clarificando con ella el patrón de violencia en el que vive, aunque hay que efectuar un análisis considerando la diversidad cultural y las inequidades de género.
 - Acordar una siguiente cita a solas con la mujer, aunque si se observa insistencia por parte de ella, acceder a que el familiar regrese, recordándole que si este no quiere regresar es importante que ella sí acuda a su cita.

4. CONSIDERACIONES SI HAY QUE ABORDAR AL AGRESOR

- ¬ Hablar con un tono calmado y seguro, sin juzgar.
- ¬ Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- ¬ Abordar el problema hablando francamente.
- ¬ Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- ¬ Ofrecer derivarlo a tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.
- ¬ Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos: ofertar servicios especializados
- ¬ No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).
- ¬ No darle nunca la dirección de la casa de refugio de su pareja.

5. QUÉ NO SE DEBE HACER CUANDO SE INTERVIENE CON MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA

- ¬ Minimizar o justificar la violencia del agresor.
- ¬ Criticar la actitud o la poca respuesta de la mujer.

- Quitarle importancia a la sensación de peligro que refiere tener la mujer.
- Citar al agresor cuando la situación es de alto riesgo. Esto puede delatar a la víctima, romper el clima de confianza y de confidencialidad entre el profesional y la mujer, provocar un aumento en la gravedad de las lesiones y poner en peligro la propia integridad.
- Recomendar terapia familiar en situaciones de crisis o de alto riesgo.

6. PLANES DE SEGURIDAD PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIONES DE VIOLENCIA

Es fundamental que junto con la detección y la intervención propiamente, se tenga como recurso planes de seguridad que la mujer debe conocer en diferentes situaciones²⁵.

6.1. Plan de seguridad para mujeres que deciden retirarse de su domicilio

- Ayudarla a analizar su situación familiar y los recursos con los que cuenta para huir.

²⁵ Elaborado en base a información contenida en: Gobierno de Canarias (2003). Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Servicio de Salud Canarias. Guías de atención de la violencia familiar y sexual (Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables - Lima, Perú).

- Que focalice a las personas a las que puede acudir (familiares, amigos).
- Recomendarle que lleve consigo:
 - Documentación relevante como: identificación personal, partida de matrimonio y/o nacimiento, algún documento que demuestre su domicilio (recibo de electricidad o agua), denuncias.
 - Ropa y zapatos para ella y sus hijos (por lo menos para un cambio o muda).
 - Artículos de aseo personal.
 - Juego de llaves de la casa.
 - Medicinas (especialmente si ella o sus hijos/as tienen algún tratamiento que cumplir).
 - Juguetes o algún objeto significativo para sus hijos/as.
 - Carné de seguro social (si tiene).
 - Número de cuentas bancarias.
 - Números de teléfonos importantes.
 - Algo de dinero.
 - Tarjeta telefónica o monedas para realizar llamadas.
 - Cosas de valor.

- Recordarle que no debe darle al agresor ni información, ni indicios de sus planes y que evite acudir a los lugares en los que pueda encontrarse con él.
- Informarle de los recursos de apoyo (legales, sociales etc.) con los que cuenta en la zona.
- Ofrecer apoyo y seguimiento, mostrar interés por volver a verla o saber de ella más adelante.

6. 2. Plan de seguridad para mujeres que deciden permanecer en su domicilio

- Recomendarle que registre la casa para que esconda las armas y todos los objetos punzocortantes.
- Hacer con la usuaria un listado de personas de confianza que vivan cerca y con las que pueda coordinar para que estén pendientes de ella.
- Determinar si, dentro de las personas aliadas, existe una en cuya casa se pueda quedar en caso de emergencia. Asegurarse que la mujer conoce la dirección y cómo llegar a la misma, incluso si es de noche.
- Recomendar que esconda una bolsa en casa de alguien de confianza con lo siguiente:
 - Ropa y zapatos para ella y sus hijos.
 - Artículos de aseo personal.

- Juego de llaves de la casa.
 - Medicinas (especialmente si ella o sus hijos/as tienen algún tratamiento que cumplir).
 - Juguetes o algún objeto significativo para sus hijos/as.
- Indicarle que si no puede huir antes del inicio del ataque, debe intentar pedir ayuda por cualquier medio: llamar a la policía, familiares, amigos, amigas o vecinos gritando tan alto como pueda.
- Concertar una cita de seguimiento para continuar la intervención que en lo sucesivo irá encaminada a fortalecer aquellas áreas que le dificulten la toma de decisiones.
 - Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de ella y los menores, si existen.
 - Informarle de los recursos de apoyo (legales, sociales, etc.) con los que cuenta en la zona.
 - Hablar con ella sobre la necesidad de estar alerta y crearse un escenario de protección para ella y sus hijos/as, así como las medidas a tener en cuenta si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente.

6.3. Plan de seguridad para mujeres que se retiraron de sus domicilios o cuyos agresores ya no viven en la casa, pero que continúan en situaciones de riesgo

- Informar a la mujer de la existencia de medidas legales y mecanismos de protección existentes.
- Ponerla en contacto con los recursos locales mediante derivaciones activas que incluyan desde la llamada telefónica al centro de referencia hasta la verificación de que la mujer llegó al mismo.
- Recomendarle que enseñe a sus hijos (si los tuviera) cómo protegerse o a quién acudir para pedir ayuda.
- Recomendarle que no acepte ningún tipo de comunicación con su acosador/agresor.
- Recomendarle que, si puede, no esté sola en su domicilio como fuera de él.

7. PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS MUJERES²⁶

- Es importante –durante todo el proceso– alentar a la mujer a que reconozca y valore que es posible cambiar su estilo de vida actual por uno más saludable.

²⁶ Movimiento Manuela Ramos (2013). La salud mental de las personas es un derecho humano. Lima, Perú.

- Alentarla a que ella reconozca en sí misma su derecho a decidir y la capacidad de negociar como recursos para transformar su vida y proteger su bienestar emocional.
- Un estilo de vida saludable se caracteriza por:

A nivel personal

- Conocer nuestros derechos.
- Aprender a valorarnos por lo que somos y hacemos.
- Preocuparnos por nuestro arreglo personal.
- Exigir que nos traten con respeto en el hogar, en el trabajo, en los servicios de salud.
- Decidir sobre nuestra salud sexual y reproductiva.
- Darse tiempo libre para descansar y divertirse.
- Generar ingresos propios (autonomía económica).

A nivel familiar

- Fomentar las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres al interior de la familia.
- Fomentar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia.

- Promover una vida libre de violencia física, sexual y psicológica.
- Compartir las labores del hogar entre los miembros de la familia.
- Promover la participación de los miembros de la familia en la toma de decisiones en el hogar.

A nivel social

- Contar con políticas públicas en todos los niveles que promuevan relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.
- Promover una vida libre de violencia.
- Generar oportunidades laborales para las mujeres.
- Brindar servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva de calidad.
- Organizar redes de apoyo social.
- Brindar espacios de recreación en la comunidad.
- Garantizar seguridad ciudadana.

ANEXOS DEL CAPÍTULO III

ANEXO 1

Características o cualidades que deben tener las personas que realizan orientación/consejería

- Interés genuino en observar, escuchar y ayudar a la persona.
- Actitud neutral. Escuchar sin opinar a favor o en contra y sin emitir juicios de valor, teniendo en cuenta y respetando las diferencias culturales. Esto no implica que el consejero/a no se pueda pronunciar ante cualquier acto que violente la integridad física, mental o sexual de la mujer o de cualquier ser humano.
- Empatía o capacidad para “ponerse en los zapatos de la otra persona”, y hacerle sentir que se le está escuchando y comprendiendo. La empatía no significa identificarse o mezclarse con el sufrimiento ajeno; si esto sucede resultaría muy difícil el trabajo de apoyo, y además, sería contraproducente para el bienestar del consejero/a.
- Flexibilidad para acercarse afectivamente al problema de la mujer asistida y en otros momentos, alejarse emocionalmente para escucharla con objetividad.

- Ética, toda la información recibida por el consejero/a será usada para beneficio de la mujer asistida y no para fines personales, económicos, políticos o mucho menos para alimentar información o rumores en ámbitos grupales o comunitarios.
- Conocer cuando se trata de un problema que requiere de una derivación a servicios especializados.

ANEXO 2

La entrevista

- La entrevista es un espacio de intercambio mutuo que debe asegurar respeto por el otro en todos los momentos y dimensiones del trabajo.
- Es una oportunidad valiosa para verter nuestra experiencia y el valioso potencial que tenemos como profesionales de la salud.
- Es un recurso fundamental para la detección oportuna de factores de riesgo, violencia, depresión y riesgo de feminicidio, suicidio u homicidio.
- Una buena entrevista conlleva una secuencia lógica o relativamente ordenada. No es una exploración que se deje al azar. Es necesario escuchar con apertura; sin embargo, es pertinente contar con algunas pautas que nos ayuden a organizar y sistematizar la información y enrumbar luego una intervención oportuna y seria.

- Una buena entrevista implica:
 - Cuidado con el tiempo de espera, que sea prudente por respeto a la mujer que llega con expectativas al servicio.
 - Un ambiente cómodo, privado y sin otros distractores o interrupciones como el ingreso de terceros o responder al celular, entre otros.
 - La confidencialidad y el respeto a las diferencias culturales, de pensamiento, de estilo personal.
 - Una escucha con atención y contacto visual de forma tal que genere tranquilidad y confianza.
 - La expresión de sentimientos de manera empática y con una escucha activa.
 - Aborde del tema de la violencia con intervenciones facilitadoras y con cautela. Evitar revictimizar a la mujer.
 - Control de gestos o expresiones de desaprobación, ni reaccionar con sorpresa o disgusto.
 - El no uso de expresiones de juicio como: “¿Qué ha hecho para que la maltrate?”, “¿por qué lo permite?”, “yo nunca dejaría que me pase!”. Estas expresiones refuerzan en la mujer afectada un sentimiento de debilidad y menoscaban su autoestima.
 - Se evite hacer sentir a la mujer que es culpable de la violencia sufrida. Por el contrario, recibir con apertura toda la información para luego realizar un análisis integral del problema.

- Se deje claro, por convicción, que no se justifica la violencia en ningún caso o situación de vida.
- Se genere confianza en la voz de la mujer, su interpretación de los hechos y juicios alrededor de su situación.
- Se informe a la mujer sobre los derechos que le asisten y las instancias a las que puede acudir. Así como alertarle sobre los riesgos a los que está expuesta.
- Se respete el proceso de reconocimiento y salida de la violencia de cada mujer, no se le fuerza ni presiona para que tome decisiones inmediatas para las que no se siente tan preparada.
- Se utilice el tiempo necesario.

CÓMO PREGUNTAR DURANTE LA ENTREVISTA

- Es importante considerar que las preguntas deben adaptarse a cada caso concreto o a cada mujer atendida.

- Mantener una secuencia lógica**

Ir de las preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

A continuación se sugieren una serie de preguntas generales y otras más dirigidas, así como ejemplos de preguntas ante sospecha. Cada profesional utilizará aquellas que les faciliten llegar a un diagnóstico.

– **Durante el inicio de la entrevista**

Muchas veces es necesario hacer una breve introducción al tema de la violencia o darle un contexto a las preguntas exploratorias, para favorecer la confianza y la empatía con la usuaria. Las preguntas se pueden adecuar a cada caso.

Ejemplos:

- *“La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas las mujeres si están recibiendo algún tipo de violencia por parte de su pareja o de algún miembro de la familia o en el entorno social”.*
 - *“Ahora se habla mucho más que antes sobre la violencia que sufren las mujeres. ¿Ha pasado usted por una situación así?”.*
 - *“Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?”.*
- **En caso se haya establecido un buen clima desde el inicio, que el profesional conozca de antemano a la mujer o considere que puede abordar el tema sin una introducción,** se pueden emplear preguntas más dirigidas:
- *“¿A qué cree que se debe su malestar / problema de salud?”.*
 - *“¿Está viviendo alguna situación difícil que le haga sentirse así?”.*

- *“La encuentro algo intranquila, ¿le preocupa algo?”.*
- *“¿Qué opina su familia de su malestar?”.*
- *“¿Qué opina su pareja de su malestar?”.*
- *“¿Cómo van las cosas en casa?”.*
- **Preguntas directas para explorar la situación de maltrato. Se emplean cuando ya existe una aceptación evidente a hablar de la violencia sufrida.**
 - *“¿La persona que le agrede (pareja, hijo, hermano, etc.) utiliza la fuerza contra usted?”, “¿cómo? (agarrones, empujones, patadas...), ¿desde cuándo?”.*
 - *“¿Alguna vez la ha agredido de forma más grave? (palizas, uso de armas, agresión sexual)”.*
 - *“¿Su pareja tiene problemas con la bebida o toma algún tipo de drogas?, ¿cómo se comporta cuando lo hace?, ¿cree que su pareja le pega porque bebe o toma drogas, o porque es violento?, “¿cree usted que la situación puede cambiar?”.*
 - *“¿Su pareja le impide ver a sus amigos o familiares?”.*
 - *“¿Su pareja controla sus salidas? ¿Le controla el dinero?”.*
 - *“Le ha amenazado de muerte alguna vez?*
 - *“Cuando discuten, ¿cómo resuelven el problema?”.*

- “*Las relaciones de pareja son a veces violentas, ¿qué ocurre cuando tiene una pelea en casa?, ¿cómo son esas peleas?, ¿pelean a veces físicamente?*”.
 - “*¿Siente miedo de su pareja o de alguien de su entorno?, ¿la insulta o la amenaza?*”.
- **En caso de sospecha por antecedentes ginecológicos como dolor o infecciones pélvicas:**
- “*¿Ha sido obligada alguna vez a tener relaciones sexuales cuando no quería hacerlo?*”.
- **Si la usuaria refiere algún aborto espontáneo, preguntar:**
- “*¿Ha recibido algún tipo de maltrato físico poco antes de perder el embarazo?*”.
- **En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:**
- “*Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe/corte/puñetazo...¿es eso lo que le ha ocurrido?*”.
- **En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:**
- “*¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste?*”.
 - “*Tiene algún problema, quizás con su pareja?, ¿o con sus hijos?, ¿con alguien de su familia?, ¿en el trabajo?*”.
 - “*¿Usted y su pareja suelen hablar de sus problemas?, ¿cómo los resuelven?*”.

- “*¿Qué opina su pareja de lo que le pasa?, ¿qué explicación le da él?, ¿le ayuda o no le da importancia?, ¿la culpa a usted de que su relación no funcione bien?, ¿qué opina de lo que dice su pareja?*”.
- “*Parece como si se encontrara nerviosa, asustada, ¿a qué le tiene miedo?*”.



4

CAPÍTULO 4
Calidad de atención

CONTENIDOS

Objetivo del capítulo

1. Enfoques que aseguran una atención de calidad
 2. ¿Qué entendemos por calidad de atención?
 3. Elementos fundamentales en la calidad de atención
 4. Calidad de atención de servicios que atienden salud sexual y salud reproductiva en casos de violencia basada en género.
 5. Mitos alrededor de la violencia basada en género que afectan la calidad de atención y argumentos para contrarrestarlos
 6. Pautas de autocuidado para quienes trabajan con mujeres afectadas por la violencia
-

“En medio de todos los avances en el ámbito normativo y de presupuesto para implementar planes nacionales, regionales y locales que atiendan la salud mental y la violencia de género, cuando se les pregunta a las mujeres por la calidad de la atención en los servicios vinculados a la problemática se encuentra: 1) falta de claridad respecto de las funciones de las autoridades, 2)desconocimiento de funciones de los diferentes actores y servicios que trabajan con la problemática, 3) una fuerte demanda de atención en el idioma quechua (su lengua materna) y ser escuchadas con respeto”²⁷.

²⁷ Tomado de: Movimiento Manuela Ramos. Diagnóstico sobre el estado de los derechos de las mujeres de la Mancomunidad Q’apaq Ñan, Acobamba, Huancavelica. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2011.

Objetivo del capítulo



Contribuir a la toma de conciencia con respecto a la responsabilidad que tienen los hombres y mujeres, profesionales de la salud, para humanizar los servicios con enfoques y recursos que aseguren calidad. Esto implica también revisar permanentemente aspectos personales que pueden afectar el derecho de las mujeres a ser recibidas y atendidas con calidad.

1. ENFOQUES QUE ASEGURAN UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

- Todo profesional de la salud, hombre o mujer, que tiene la responsabilidad de acoger a las personas y, en particular a las mujeres, que llegan al servicio por atención de su salud mental, de su salud sexual y reproductiva y que viven situaciones de violencia de género, tienen que operar desde principios fundamentales.
- Todo quehacer se enmarca y responde a valores como el respeto y la garantía de derechos sin ningún tipo de discriminación. En ese sentido, los servicios se convierten en escenarios centrales para garantizar derechos humanos y no para vulnerarlos.
(Véase: Acerca de la salud mental, en Capítulo I Definiciones centrales)

- Asegure en su práctica cotidiana con las mujeres que su quehacer contemple de forma sostenida lo siguiente:

Enfoque de Derechos Humanos

- Se fundamenta en el respeto a la dignidad que tiene toda persona. Implica la obligación estatal de brindar las garantías necesarias para la igualdad de trato, impidiendo toda forma de discriminación en la atención.

Enfoque de género

- Implica la distribución justa y equitativa de responsabilidades, cuotas de poder y beneficios entre hombres y mujeres. Asegura la participación equitativa en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios. También implica la promoción al acceso y goce de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y hombres como grupos diferenciados. Fomenta la relación horizontal entre proveedor y usuaria.

Enfoque de integralidad

- La violencia hacia las mujeres es multicausal y contribuyen a su existencia diferentes factores. Su implementación demanda la debida atención a todo caso de violencia.

Enfoque de interculturalidad

- Alude a espacios de articulación social entre personas y grupos culturales. Intenta eliminar las actitudes y conductas etnocéntricas y discriminatorias, propiciando desarrollar una valoración positiva de la diversidad cultural. La

incorporación de este enfoque implica la promoción de actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución cultural.

2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR CALIDAD DE ATENCIÓN?

- La calidad de atención²⁸ está referida a un servicio que satisface las expectativas y necesidades de las usuarias y que va a permitir darles bienestar.
- Un servicio de calidad implica:
 - Una relación horizontal entre el proveedor y la usuaria.
 - La percepción de que los servicios son un derecho y no un favor.
 - Dar respuestas adecuadas que contribuyan a dar soluciones viables.
 - Garantiza un buen servicio.
 - Escuchar con atención las consultas de las usuarias.
 - La calidad considera dos aspectos fundamentales: el técnico y los aspectos interpersonales que las mujeres valoran mucho.

²⁸ Adaptado del Documento Técnico “Sistema de Gestión de Calidad en Salud, en el Marco de la Política Nacional de Calidad en Salud, la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud”. MINSA, 2010.

- Desde una perspectiva de género: supone considerar las identidades y necesidades específicas de las mujeres. Reconociendo y valorándolas como ciudadanas, sujetas de derechos, con autonomía y proyectos de vida individuales.

Concretar estos enfoques en la práctica significa lo siguiente:

- No discriminar a ninguna usuaria por razones de género, etnia, edad, cultura, idioma u orientación sexual.
- Brindar información comprensible y adecuada sobre sus derechos en salud mental, en derecho a una vida libre de violencia, derechos sexuales y reproductivos y los recursos o servicios al que tiene derecho y puede acudir para su recuperación.
- Brindar información completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva: prevención de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual; así como acceso a medios de anticoncepción oral de emergencia y antirretrovirales.
- Brindar una atención personalizada que contemple las necesidades de cada usuaria.
- Brindar un trato digno, respetuoso y comprensivo que reconozca a la usuaria como sujeto de derecho.
- Respetar la autonomía en las decisiones de las usuarias. La/el profesional debe tener en cuenta que a muchas

mujeres no les resulta fácil alejarse de una relación violenta o denunciar al agresor pese a estar informada. Limitarse en estos casos a explicar con claridad las alternativas de solución y a poner a su alcance los recursos necesarios para afrontar la situación de violencia.

- Preservar la confidencialidad del servicio para lograr que las usuarias lo acepten.
- Contar con un directorio actualizado de instituciones para realizar las derivaciones correspondientes.

Asegurar la continuidad del servicio al interior de la propia institución o servicio, así como derivar con criterio y manera oportuna a otras instituciones que están vinculadas con este problema, dependerá de la situación diagnóstica de su salud física y salud emocional.

3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

- Los elementos de la calidad de atención son las categorías y estándares que nos permiten medir si un servicio es de calidad; ayudan a medir los aspectos logísticos, y normativos. Algunos de ellos son:

- Accesibilidad y disponibilidad.
- Aceptabilidad.
- Competencia técnica.
- Insumos esenciales y equipamiento.
- Interacción proveedor/a-usuaria.
- Información y medios para la toma de decisiones.
- Constelación de servicios.
- Seguimiento.

4. CALIDAD DE ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE ATIENDEN LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

- Sin duda, muchas mujeres que sufren violencia por razones de género están altamente expuestas a sufrir también violencia sexual; es decir, la esfera de la salud sexual y salud reproductiva se ve afectada.
- Como profesional de la salud se debe prestar especial atención para detectar qué está sucediendo en esta parte de la historia. De forma tal que el servicio le permita brindar a la mujer la información y los recursos necesarios para abordar todo aquello que sea necesario.

- Un servicio de salud sexual y reproductiva²⁹ seguro, eficaz, eficiente y satisfactorio para la mujer víctima de violencia de género, brinda elementos básicos como:
 - Realizar una exhaustiva exploración sea por historia y física.
 - Ofrecer a la mujer exámenes de laboratorio (tipificación de sangre, serología para sífilis, hepatitis B y VIH, prueba de embarazo, muestra de secreción vaginal y cervical para investigar gonococo).
 - Informar sobre la anticoncepción oral de emergencia ante la posibilidad de un embarazo y, si ella lo solicita, deberá administrar la AOE en el caso de que no haya estado usando anticonceptivos hormonales, orales, inyectables o DIU.
 - Informar cómo protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto sirve para cubrir cuadros contra la sífilis, clamidia, hepatitis B (la medicación adecuada debe salir del protocolo de atención).
 - Informar a la mujer sobre la profilaxis para el VIH/sida, esto implica que la mujer conozca los riesgos que deriven de la enfermedad.
 - Proporcionar protección contra los tétanos en los casos de heridas por objetos punzocortantes o en contacto con la tierra o suciedad.

²⁹ Hospital Santa Rosa; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Protocolo de Manejo de Casos de Violencia de Género en los Servicios de Salud Reproductiva. Lima: CMP Flora Tristán, 2003.

- Además de registrar los casos de acuerdo a ley (27306) y otorgar el certificado médico que corresponda, que tiene igual valor que aquel extendido por el médico legista, se debe completar la historia clínica como corresponde.
- Mostrar siempre una actitud de calidez y calidad ante la mujer y la satisfacción de haberla atendido.
- Debe también promover el retorno de la mujer para precisar su evolución, y si ha disminuido o ha desaparecido el estado de violencia en su vida.
- En casos de violencia sexual se debe hacer un seguimiento de la serología para sífilis a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 90 y 180 días.

5. MITOS ALREDEDOR DE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO QUE AFECTAN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LOS ARGUMENTOS PARA CONTRARRESTARLOS

- Es importante que cada profesional de la salud tenga en cuenta que a veces transmitimos o reforzamos muchos prejuicios alrededor de la construcción del género (ser hombre o ser mujer) y esto hace que nuestra práctica deje de ser objetiva e imparcial.

- Estos prejuicios se filtran en nuestra práctica y son las mujeres afectadas por violencia las que reciben el peor impacto, pudiendo el servicio sumar o convertirse en otro elemento de violencia.
- El proceso de formación y capacitación continua de los y las profesionales que trabajan de manera cercana a este tema, debe incluir el cuestionamiento y superación de los prejuicios y actitudes. Revise su propia experiencia y detecte cuál de las siguientes ideas están en su sentir y en su práctica. Si ha logrado cuestionarlos y modificarlos, es porque está por buen camino.
- Algunos argumentos que pueden ayudar a cuestionar estas ideas que muchas veces causan más dolor en la vida e identidad de las personas.

MITO	ARGUMENTOS PARA CONTRARRESTAR LOS MITOS
1. Las mujeres en situación de violencia son una minoría de la población.	Los estudios evidencian que más del 30% de las mujeres han recibido alguna forma de agresión física por sus parejas o exparejas.
2. La violencia contra las mujeres es un problema de las más pobres solamente.	La violencia familiar se produce en todas las clases sociales sin distinción de raza, nivel educativo o creencia religiosa. Aunque se denuncia menos en sectores económicos medios y altos, las mujeres de mayor educación también están expuestas a la violencia.
3. La violencia contra las mujeres es un problema privado o doméstico solamente.	La violencia familiar es un problema social y de salud pública, está asociada con el aumento del alcoholismo, las adicciones, la delincuencia juvenil, el suicidio y la fuga del hogar.
4. La violencia contra las mujeres es natural, hombres y las mujeres han peleado siempre.	En todas las relaciones de pareja hay conflictos, pero no todos apelan a la violencia como forma de resolverlos. No hay evidencias que apunten a que el maltrato sea una salida natural a los problemas.





MITO	ARGUMENTOS PARA CONTRARRESTAR LOS MITOS
5. Las mujeres maltratadas son locas, provocan, permiten y disfrutan del maltrato.	Ni las mujeres ni nadie merecen el maltrato. Ellas no están locas ni disfrutan de la violencia. Generalmente lo que sienten es miedo, impotencia, debilidad y vergüenza. Si mantienen la relación es porque, generalmente, siguen ilusionadas con el posible cambio de su pareja.
6. Si la mujer maltratada realmente quisiera, podría dejar a su agresor.	Romper una relación violenta es un proceso lento y complejo, implica modificaciones psíquicas profundas que no se dan de un momento a otro. A veces hay razones económicas, culturales o religiosas que hacen que la mujer se mantenga dentro de la relación.
7. Los celos o el control excesivo del hombre son pruebas de que ama realmente a la mujer. Por extensión, se puede afirmar entonces que “mientras más me pegas más me quieres”.	Los celos, el control excesivo o cualquier otra expresión de maltrato no tienen nada que ver con el amor. Son más bien muestras de que el hombre está convencido que la mujer es un objeto de su propiedad, y que puede conducirse sin necesidad de respetarla.
8. La violencia contra las mujeres es provocada por el alcohol y las drogas.	El alcohol y las drogas no siempre producen violencia en todos los hombres. Estos pueden ser factores de riesgo y son problemas que hay que tratar por separado.





MITO	ARGUMENTOS PARA CONTRARRESTAR LOS MITOS
9. Los hombres que maltratan a sus mujeres están enfermos y no son responsables por sus acciones.	Los hombres que maltratan a sus mujeres o a sus hijos pueden ser sumamente seductores y agradables, excelentes vecinos y cumplidores en el trabajo. Si realmente estuvieran enfermos serían violentos no solo dentro del hogar, sino también fuera de él.
10. Los hombres violentos nunca cambian.	Los hombres que golpean pueden aprender a ser responsables de su propio comportamiento y aprender modos no violentos de actuar o comunicarse, si es que son conscientes de su problema y quieren solucionarlo.
11. El hombre tiene derecho a corregir a la mujer.	Esto es una expresión muy arraigada de un estereotipo de género que apunta a considerar a la mujer como un objeto de la propiedad del varón.

6. PAUTAS DE AUTOCUIDADO PARA QUIENES TRABAJAN CON MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA

- Se sabe que todos aquellas personas que realizan un trabajo vinculado a esta problemática, dura, compleja y devastadora, experimentan también una serie de reacciones y estados personales que les pueden agotar y/o hacer sentir que ya no pueden más, afectar su salud física y/o emocional. Por ello, es necesario tomar conciencia de estos detalles y aprender –con el tiempo– a autocuidarse como recurso personal de protección.

- Algunas señales a tener en consideración³⁰:
 - **Contaminación emocional:** se refiere al exceso de implicación personal que aparece en el/la profesional con respecto a la persona que atiende. Se debe buscar siempre una adecuada distancia terapéutica con la afectada, para ello el entrenamiento y la capacitación continua es sumamente importante.
 - **Sobreidentificación:** el/la profesional se identifica con la mujer sintiéndose obligado/a a tomar decisiones por ella o a intentar que ella las acepte, aun cuando perciba que la usuaria no es capaz de llevarlas a cabo. Además de lo comentado en el punto anterior, es necesario el logro de una actitud de respeto por la propia evolución de la mujer, apoyándola durante todo su proceso de cambio y toma de decisiones.
 - **Percepción y/o sensación de fracaso:** la ausencia de resultados en muchos de los casos, a pesar del tiempo y esfuerzo dedicado, crea una sensación de frustración en el/la profesional que puede llevarle a intervenir desde el escepticismo o la apatía, restando efectividad a cualquier intervención. Para minimizarlo es necesario que el/la profesional realice una definición realista de los objetivos y metas a alcanzar y asuma que su papel forma parte de una estrategia mucho más amplia de intervención, que incluye a otros sectores y profesionales.

³⁰ Gobierno de Canarias. Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Canarias: Servicio de Salud, 2003.

- **Percepción o sensación de quemarse (burn-out):** aparece como consecuencia de todo lo anterior, cuando se desequilibran las expectativas del/la profesional y la realidad del trabajo diario. En estos casos se recomienda:
 - Debatir y compartir la información con profesionales fuera del equipo y/o de diferentes instituciones.
 - Buscar espacios de formación continua.
 - Conocer cuáles son los propios límites y las mayores dificultades que tenemos (por ejemplo, hasta dónde puedo trabajar con esta persona, si no es más favorable que la vea otro/a profesional, etc.).

Tenga presente que la calidad implica tener buen trato, personal y especializado, realizar una buena derivación (aplicación de tamizaje de depresión y/o salud mental), así como aplicar los protocolos y normas del Ministerio de Salud del Perú.

Fuente: Movimiento Manuela Ramos y Centro de Atención Psicosocial (2012). Estudio de Línea de Base. Proyecto: Promoción de la Salud Mental de las mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano.



5

CAPÍTULO 5

El trabajo multisectorial para una atención integral

CONTENIDOS

Objetivo del capítulo

1. La importancia del trabajo entre sectores para derivar oportunamente.
 2. Ruta de protección de derechos para las mujeres que viven situaciones de violencia.
 3. Directorio de Instituciones involucradas que garantizan a la protección de derechos de las mujeres en situación de violencia de género en zonas de intervención del proyecto.
-

“La aplicación de las políticas nacionales de Salud Mental debe asumirse en el marco del proceso de descentralización que vive el país y deben integrarse en las políticas regionales de salud y desarrollo³¹. Es necesario poner en marcha un trabajo orgánico e intersectorial en todos los niveles de gestión que asegure respuestas integrales y de calidad para las mujeres”.

Objetivo del capítulo

Facilitar otros recursos para conocimiento e información de los hombres y mujeres, profesionales de la salud, quienes en muchos casos necesitan derivar oportunamente a las mujeres que viven situaciones de violencia, como parte de una respuesta integral e intersectorial frente a la problemática de la salud mental y de la violencia basada en el género.

³¹ Ministerio de Salud (2005). Objetivo N°1, resultado específico 1,3 de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005-2010. Lima.

1. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO ENTRE SECTORES PARA DERIVAR OPORTUNAMENTE

- La violencia contra la mujer es un problema multicausal que requiere de la intervención interdisciplinaria y coordinada de diferentes instituciones. Por ello, es fundamental que las y los profesionales de salud conozcan los diferentes circuitos que señalan las instancias y responsabilidades de otras instituciones como el Poder Judicial, comisarías, Ministerio Público y otras vinculadas, con el fin de que puedan orientar y derivar oportunamente a las mujeres en urgencias y necesidades que no precisamente están a su alcance resolver.
- Desde una mirada y quehacer integral, y aunque no precisamente sea un especialista en todo lo concerniente a trámites de denuncia, es central acompañar a la mujer brindándole la información necesaria y preocupándose por cómo le está yendo en estas otras instancias.

2. RUTA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS PARA LAS MUJERES QUE VIVEN SITUACIONES DE VIOLENCIA

- En el marco de un trabajo articulado con el Gobierno local, operadores del Centro Emergencia Mujer, Salud, Educación, PNP, Ministerio Público, Poder Judicial y organizaciones de mujeres, se ha elaborado la **ruta de protección de derechos** -como parte de la Red de referencia- para garantizar la atención integral de las mujeres que viven situaciones de violencia (salud física, mental y acceso a justicia), así como la continuidad de la atención en los servicios públicos.



VER RUTA ADJUNTA



Ruta de Protección de derechos para las mujeres que viven situaciones de violencia

← ABRIR AQUÍ



**Si vives
situaciones
de violencia
física,
psicológica,
sexual y
decides
DENUNCIAR**

Paso 1:

TU CASO SE DENUNCIA E INVESTIGA EN:

Comisaría cercana a donde
sucedieron los hechos de
violencia

- Recibe y registra toda las denuncias. Es importante acudir con DNI.
- Deriva a un médico legista y a un establecimiento de salud en caso de violencia sexual.
- Remite el informe de la investigación a la Fiscalía Mixta, fiscalía de Familia

Ministerio Público - Instituto
de Medicina Legal (Médico
legista)

- Evaluación médica y psicológica.
- Evaluación psicosomática (niñas/os).

Establecimiento de salud

- Atiende los daños físicos
- Descarte de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH.
- Administra Antiretrovirales y Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) para prevenir embarazo no deseado.

Ministerio Público, Fiscalía de
familia o Fiscalía Penal

Fiscalía de familia: atiende los
casos de violencia familiar.

- Recibe las denuncias.
- Ordena medidas de protección a la mujer
- Se considera delito cuando el certificado médico legal determina que las lesiones producen más de 10 días de incapacidad.
- Envía la demanda al Juez de Familia.

Fiscalía Penal: atiende los
casos de violencia sexual.

- Recibe las denuncias
- Deriva a Medicina Legal para que a la víctima se le realice el examen de integridad.
- Investiga y tiene pruebas del acto de violación.
- Hace la denuncia ante el Juzgado Penal.

Paso 2:

TU CASO SE DEFIENDE EN EL PODER JUDICIAL:

En caso de violencia familiar

- Juzgado de Paz Letrado:
- Procede cuando hay Faltas: el certificado médico legal determina hasta 10 días de incapacidad.
 - Sanciona al agresor y
 - Dictamina medidas de protección.

Juzgado especializado de
Familia:

- Determina si ha existido o no violencia familiar.
- Realiza la diligencia de audiencia única.
- Dicta sentencia donde establece las medidas de protección.
- Ordena la reparación del daño, y
- Tratamiento psicológico a las partes.

En caso de violencia sexual

- Juzgado penal:
- Continúa con el proceso judicial.
 - Dictamina reglas de conducta para el agresor (cese violencia, salida de la casa, detención).
 - Sentencia:
 - Sanciona al agresor (puede llegar hasta la detención).
 - Dicta medidas de protección para la persona afectada.

Paso 3:

RECUPERAR TU BIENESTAR DEPENDE DE TI

Atención Psicológica

- Establecimientos de Salud cercanos a tu domicilio.
- Soporte emocional.
- Atención psicológica personalizada.
- Terapia familiar y
- Visitas a domicilio si lo desean.

**Es obligación de las
instituciones públicas,
atender en forma oportuna
y gratuita**

3. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ZONAS DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO

LIMA: SAN JUAN DE MIRAFLORES

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
COMISARÍA DE LA MUJER	Intersección de los Jr. Tomás Guzmán y Pedro Silva 322	582-4148	24 horas
COMISARÍA PAMPLONA 1	Sector Nuevo Horizonte s/n	285-4042	24 horas
COMISARÍA PAMPLONA 2	Prolongación Humberto Ramos - Sector la Rinconada	285-6498	24 horas
DEFENSORÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTES - DEMUNA	Belisario Suárez s/n (local de la Municipalidad de San Juan Miraflores)	276-6716 anexo 256	Lunes a sábado 8.00 a.m.- 4.30pm





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
PRIMERA FISCALÍA DE LA FAMILIA	Dirección: Mz- K. Lt. 28, segundo piso, Trébol Azul (Costado del centro de salud Trébol Azul)	343-6971	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.00 p.m. Fiscalías de turno las 24 horas del día
SEGUNDA FISCALÍA DE LA FAMILIA	Av. Belisario Suárez 923, 2do piso	450-8601	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.00 pm Fiscalías de turno las 24 horas del día
CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE LIMA SUR	Esquina Bolognesi con Calle Manco Cápac Cuadra 02 Av. J.C.M Villa María Del Triunfo	283-6656 283-2590 283-4294 Fax: 2834094	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.00 pm
JUZGADO TRANSITORIO DE FAMILIA	Calle Maximiliano Carranza Nº 375 Zona "A"	276-7115	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.00 pm
DEFENSORES PÚBLICOS	Módulo Básico de Justicia AA.HH. Trébol Azul, Mz. L, Lote 16 (costado del centro de salud Trébol Azul)	4661800 anexo 17225	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.00 pm





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER	Av. Central s/n, Sector Alfonso Ugarte	285-6503	Lunes a viernes 8.00 a.m. a 4.00 pm.
INABIF	Av. Central S/N Sector Alfonso Ugarte Pamplona Alta.	285-2805	Lunes a viernes 8 a.m. a 4.30 p.m
CENTRO DE SALUD OLLANTAY	Av. Prolongación Gabriel Torres s/n, Pamplona Alta	285-1295	Lunes a sábado 7.30am.- 6.00 pm Atención de emergencias las 24 horas del día
CENTRO DE SALUD VILLA SAN LUIS	Av. Solidaridad y José C. Mariátegui Mz, H-7, Lt. 9, Villa San Luis, Pamplona Alta Av. Prolongación Gabriel Torres s/n, Pamplona Alta	285-1545	Lunes a sábado 7.30 am.- 6.00 pm





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA	Av. Torres Paz con Av. Los Héroes s/n, Ciudad de Dios Av. Prolongación Gabriel Torres s/n, Pamplona Alta	450-3113	Lunes a sábado 7.30 am.- 6.00 pm
HOSPITAL MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO	Esq. Máximo Abril y Manuel Barreto s/n, costado de la Ex Municipalidad de San Juan de Miraflores Av. Prolongación Gabriel Torres s/n, Pamplona Alta	466-3649	Lunes a sábado 7.30am.- 6.00 pm Atención de emergencias y atención de partos las 24 horas del día

LIMA: VILLA EL SALVADOR

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
FISCALÍA PROVINCIAL CIVIL Y DE FAMILIA	Av. Pastor Sevilla s/n Sector 1 Grupo 22-A, Mz.I,v Lt.3 – 4to piso. Villa El Salvador	292-9773	Atención las 24 horas del día





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y PERICIA PSICOLÓGICA	Av Juan Velasco Alvarado, parcela 2 Mz. K3 Lt. 1, 2do piso de la 1era Penal, Parque Industrial	493-0501	Lunes a viernes 8.00-4.00 p.m.
JUZGADO TRANSITORIO DE FAMILIA	Sector 1, Grupo 23-A Mz. J Lt. 23	292-2519	Lunes a viernes 8.00-4.00 p.m. Fiscalías de turno las 24 horas del día.
JUZGADO MIXTO	Pastor Sevilla Sector 1 Grupo 23-A, Mz. J Lte 17 (Altura cdra. 1 y Hospital Solidaridad.		Lunes a viernes 8.00-4.00 p.m.
DEFENSORES PÚBLICOS	Pastor Sevilla Sector 1 Grupo 23-A, Mz. J Lte 17 (Altura cdra. 1 y Hospital Solidaridad.	292-1233	Lunes a viernes 8.00-4.00 p.m.
DEMUNA CENTRAL	Municipalidad de Villa El Salvador: Sector 2, Grupo 15	319-2530 anexo 354	Lunes a viernes 8.00 – 1.00 p.m. y 2.00-5.00 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
DEMUNA JESÚS NAZARENO	4ta etapa, Sector 2, Barrio 2, Urb. Pachacámac, Parroquia Jesús El Nazareno	999-409541	Lunes a viernes 8.00 a.m – 1.00 p.m. y 2.00-5.00 p.m.
DEMUNA CASA DEL NIÑO	Sector 7, Grupo 3, Parque Central (Altura Av. Talara), Ruta C	998-255842	Lunes a viernes 8.00 a.m.– 1.00 p.m. y 2.00-5.00 p.m.
COMISARÍA PNP VILLA EL SALVADOR	Av. César Vallejo, Cdra. 8, Sector 1	2873804 292-4555	24 horas lunes a domingo
COMISARÍA PNP URB. PACHACÁMAC	Av. Guardia Republicana s/n, Urb. Pachacámac	293-2043	24 horas lunes a domingo
COMISARÍA DE LA FAMILIA VES	Sector 2, Grupo 15 MZ. L, s/n, Complejo Policial	288-1694	24 horas lunes a domingo
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE VES	Sector 2, Grupo 15, Mz. L, s/n, Complejo Policial (2do piso de la Comisaría de la Mujer)	288-1694	Lunes a viernes 8.00 a.m.- 4.30 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II	Sector 6, Grupo 6A, Pastor Sevilla, Ruta "C"	287-9952 493-1881	Lunes a sábado 7.30 a.m.- 6.00 p.m. Atención de emergencias y atención de partos las 24 horas del día
PUESTO DE SALUD OASIS DE VILLA	Sector 10, Grupo 2, Mz. P, Lt. 15, Oasis de Villa	288-1223	Lunes a sábado 7.30 a.m.- 6.00 p.m.
CENTRO MATERNO INFANTIL CÉSAR LÓPEZ SILVA	Sector 4, Mz. B, 1era Etapa, Urb. Pachacámac	293-0274 293-6093	Lunes a sábado. 7.30 a.m.- 6.00 p.m. Atención de emergencias las 24 horas.
PUESTO DE SALUD EDILBERTO RAMOS	Asentamiento Humano Edilberto Ramos, Grupo 2	493-2968	lunes a sábado 7.30 a.m.- 6.00 p.m.
INABIF SANTA BERNARDITA	AA.HH. Edilberto Ramos, Sector 10 Grupo 3 Oasis	287-9440	lunes a viernes 8 a.m. - 4.30 p.m.
INABIF VILLA HERMOSA	Sector 3 Grupo 30, Talara Ruta B	493-0054	lunes a viernes 8 a.m. a 4.30 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
INABIF SAN JUDAS TADEO	Sector 1, Grupo 6, Av modelo S/N	292-4670	lunes a viernes 8 a.m. a 4.30 p.m.

JUNÍN: HUANCAYO

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE CHILCA	Jr. Nicolás de Piérola N° 204, con César Vallejo, Chilca	064-364931	Lunes a viernes 8:00 a.m. - 4:15 p.m.
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE HUANCAYO	Jr. Cuzco N° 1590 (Costado del Hospital Daniel Alcides Carrión).	064-216655	Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:15 p.m.
DIVISIÓN DE FAMILIA- HUANCAYO	Av. Giráldez N° 574, Huancayo	064-219850	Las 24 horas
MINISTERIO DE JUSTICIA (CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL)	Jr. Cuzco N° 1590 (costado del Hospital Daniel Alcides Carrión)	064-201840	Lunes a viernes 8:00 a.m. - 1:00 p.m. y 2:45 - 5:45 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
MINISTERIO PÚBLICO	Jr. Isabel Flores de Oliva cuadra 3 - Urb. Salas El Tambo, Huancayo	064-244246	Lunes a viernes 8:00 a.m. - 3:30 p.m. (horario al público)
POLICÍA NACIONAL PERÚ-HYO	Av. Ferrocarril 555, Huancayo	064-211653 064-200230 064-200758	Las 24 horas
POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - EL TAMBO	Alt. Óvalo El Tambo	064-223522	Las 24 horas
SERENAZGO DE HUANCAYO	Jr. Piura N° 1230, Huancayo) Referencia: Centro Internacional de Negocios de Huancayo	064-200103 064-200104 064-200106	Las 24 horas
SERENAZGO DE EL TAMBO	Mariátegui s/n, cuadra 12, El Tambo	064-252510	Las 24 horas
DEFENSORIA DEL PUEBLO	Jr. Francisco Solano N° 149 Urb. San Carlos, Huancayo	064-232134 064-217261	Lunes a viernes 8:00 a.m. - 1:00 p.m. 3:00 - 6:00 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
PUESTO DE SALUD OCOPILLA	Pasaje Los Álamos N° 145	064-212737	Lunes a sábado 7:30 a.m. - 1:00 p.m.
CLAS LA ESPERANZA	Jr. Manuel Escorza N° 512 (cerca al Parque Peñaloza)	064-214527	Lunes a viernes 7:30 a.m. - 1:00 p.m.
HOSPITAL EL CARMEN	Jr. Puno N° 911, Huancayo	064-215332	Las 24 horas
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	Av. Daniel A. Carrón N° 1556, Huancayo	064-232222	Las 24 horas
MICRORED CHILCA	Humboldt N° 900	064-211262	Las 24 horas
DEMUNA CHILCA	Av. 9 de Diciembre N° 404, Chilca	064-203537	Lunes a viernes. 8:00 a.m. - 1:30 p.m. 3:00 - 5:00 p.m.
DEMUNA HUANCAYO	Ex Coliseo Municipal N° 148	064-200193	Lunes a viernes 8:00 a.m. - 1:30 p.m. 3:00 - 5:00 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
COLEGIO DE PSICÓLOGOS	Jr. Ancash N° 441-Huancayo	064-202780	Lunes a viernes 9:00 a.m. - 1:00 p.m. 3:00 - 5:00 p.m.
COLEGIO DE ABOGADOS	Jr. Arequipa N° 734	064-231881	Lunes a viernes 9:00 a.m. - 1:00 p.m. 4:00 - 8:00 p.m.
CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE JUNÍN	Jr. Parra del Riego N° 400, El Tambo	064-246780	Lunes a viernes 7:45 a.m. - 3:45 p.m.

UCAYALI: PUCALLPA

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER - PUCALLPA	Jr. Tacna N° 288, oficina 05, Pucallpa	061-577326	8:00 a.m. - 13:00 p.m.
COMISARÍA DE SAN FERNANDO (MANANTAY)	Jr. Los Mangos cuadra 5 (frente a la Plaza San Fernando), Manantay	061-579279	Las 24 horas





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
COMISARÍA DE PUCALLPA	Jr. Independencia Nº 360	061-591433	Las 24 horas
COMISARÍA DE YARINACOCHA	Av. Yarinacocha Nº 360	061-596417	Las 24 horas
DEFENSORÍA DEL PUEBLO	Carretera antigua a Yarinacocha MZ183, LT13, Yarinacocha	061-578633	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:30 p.m.
DEFENSORÍA PÚBLICA	Jirón Progreso Nº 382	961 906005	9:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 5:00 p.m.
MINISTERIO PÚBLICO	Av. San Martín Nº 644	061-579790 / 061-576805	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
FISCAL PROVINCIAL DE LA PRIMERA FISCALÍA PROVINCIAL MIXTA DE CORONEL PORTILLO	Av. San Martín Nº 644	061-579790 Anexo 3031	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
2DA. FISCALÍA PROVINCIAL MIXTA DE CORONEL PORTILLO	Av. San Martín Nº 644	061-579790 Anexo 3031	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
3RA. FISCALÍA PROVINCIAL MIXTA DE CORONEL PORTILLO	Av. San Martín Nº 644	061-579790 Anexo 3050	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
FISCAL PROVINCIAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN DEL DELITO DE CORONEL PORTILLO	Av. San Martín Nº 644	061- 579790 Anexo 3021	8:00 a.m. - 1:00 a.m. 2:00 - 4:00 p.m.
PRIMERA FISCALÍA PENAL DE CORONEL PORTILLO	Av. San Martín Nº 644	061- 579790 Anexo 3036	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
PRIMERA FISCALÍA PROVINCIAL MIXTA DE YARINACOCHA	Av. Yarinacocha Nº 228	061- 596691	2:00 - 4:00 p.m.
PRIMERA FISCALÍA PROVINCIAL MIXTA DE YARINACOCHA	Av. Yarinacocha Nº 228	061- 596691	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	Jr. Agustín Cauper Nº 285	061- 575209	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.
HOSPITAL AMAZÓNICO	Jr. Aguaytía Nº 605	061- 596188	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 4:00 p.m.





INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
DIRESA. COORDINADORA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ	Jr. Agustín Cauper Nº 225	061- 573600	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:30 - 5:00 p.m.
DEMUNA - YARINACOCHA	Av. 2 de Mayo Nº 277, Yarinacocha	061- 596407 / 596123	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:30 - 5:00 p.m.
DEMUNA - CALLERÍA	Jr. Tacna Nº 288, Pucallpa	061- 572197	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 5:00 p.m.
DEMUNA - MANANTAY	Jr. Los Céticos Nº 900, Manantay	061- 578401	8:00 a.m. - 1:00 p.m. 2:00 - 5:00 p.m.
C.S 9 DE OCTUBRE	Av. Colonización s/n Ex embotelladora Sisley	061- 591200	8:00 a.m. - 1:00 p.m.
C.S NUEVO PARAÍSO	Jr. Grau Nº 220, Yarinacocha	061- 506369 / 061- 572237	8:00 a.m. - 1:00 p.m.
C.S CENTRO AMÉRICA	AA. HH. Teodoro Binder, Yarinacocha	#969- 694365 969- 694365	7:00 a.m. - 1:00 p.m. 1:00 - 5:00 p.m.



Bibliografía

ALBERDI, I. y MATAS, N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación “La Caixa”, 2002.

- ANDERSON, Jeanine. Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres y de los proveedores de los servicios de salud. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2001.
- ALIAGA, Elizabeth. Guía: Promoción de prácticas saludables con metodología PECE: Planeamiento Estratégico de Comunicación Educativa en Salud. Lima: Proyecto Amares, 2007.
- COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Grupo de Trabajo en Salud Mental - GTSM (2007) Salud comunitaria en el Perú. Lima: CNDDHH, 2007.
- DADOR, Ma. Jennie (2012). Historia de un debate inacabado. La penalización del feminicidio en el Perú. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2012.
- GRELA, Cristina y LÓPEZ, Alejandra: “Mujeres, Salud Mental y Género”. Comisión de la mujer. Montevideo: Intendencia Municipal de Montevideo, s/f.
- GOBIERNO DE CANARIAS. Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Servicio de Salud Canarias, 2003.

- HOSPITAL SANTA ROSA; CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTÁN. Protocolo de Manejo de Casos de Violencia de Género en los Servicios de Salud Reproductiva. Lima: CMP Flora Tristán, 2003.
- LAGARDE, Marcela. Para mis socias de la vida. Madrid: Editorial horas y horas, 2005.
- MANJÓN GONZÁLES, Javier (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja. Una propuesta desde el modelo transteórico de cambio. En Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica; 32(113), 83-101. España.
- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. El ABC de la atención con calidad a la violencia contra la mujer. Guía para proveedores de servicios públicos. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2009.
- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS; CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL. Estudio de Línea de Base. Proyecto: Promoción de la Salud Mental de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano. Documento impreso. Lima, 2012.
- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Diagnóstico sobre el estado de los derechos de las mujeres de la Mancomunidad Q'apaq Ñan. Acobamba, Huancavelica. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OPS, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud Mental. [en línea] Ginebra: OPS, 2013 [fecha de consulta: 8 setiembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005-2010. Lima: Minsa, 2005.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Minsa, 2006.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Guía de práctica clínica en depresión, aprobado según RM N° 648-2006. Lima: Minsa, 2006.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Plan esencial de aseguramiento en salud-PEAS. Lima: Minsa, 2009.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud. Lima: Minsa, 2009.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y herramientas para la gestión de la calidad. Lima: Minsa, 2009.
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Resolución Ministerial N° 141-2007. Lima: Minsa, 2007.
- UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA. Perspectivas de la comunicación Vol. 4, N° 1.ISSN 0718-4867. Tamuco: Universidad de la Frontera, 2011.
- UNFPA. Atención en salud con pertinencia intercultural. Módulo Técnico-Teórico. Dirigido a personal facilitador de salud. Lima: UNFPA, 2011.



35 años

Movimiento Manuela Ramos

Av. Juan Pablo Fernandini 1550, Pueblo Libre.
Lima, Perú

Teléfono (511) 423 8840
postmast@manuela.org.pe
www.manuela.org.pe

 [Manuela.Peru](#)  [ManuelaRamos](#)

“Es muy importante trabajar con este modelo transteórico, debemos darle el tiempo para que una usuaria tome conciencia de su situación, así como el proceso que significa enfrentar o terminar con la relación violenta”.

PSICÓLOGA DEL CMI OLLANTAY. PAMPLONA ALTA.
SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA

“Comprender las etapas de cambio de la salud mental de la mujer nos sirve para brindar una mejor atención a las mujeres denunciantes...porque muchas veces en la misma institución donde laboramos cometemos abusos y maltratos a las mujeres que hacen uso de nuestros servicios...”

OBSTETRIZ GERENTA DEL CLAS LA ESPERANZA
CHILCA, JUNÍN

“Pensaba que los insultos y gritos eran normal en una relación de pareja, que la violencia psicológica no existía; por ello, cuando las mujeres venían a denunciar por violencia psicológica les decía a las mujeres, que ellas lo hacían para molestar a sus esposos...ahora me doy cuenta que como policías no sólo debemos darle valor a la violencia física sino valorar la salud mental”

POLICÍA MUJER-RESPONSABLE DEL ÁREA DE FAMILIA
PUCALLPA, UCAYALI

“La Guía de Atención constituye una herramienta útil para uniformizar nuestras decisiones, tener mayor celeridad para proveer la protección de las víctimas, valorando el grado de afectación de la salud mental de las mujeres.”

JUEZ TITULAR DEL PRIMER JUZGADO DE FAMILIA
PUCALLPA

Financiado por:



 **Manuela Ramos**
una apuesta por la igualdad
35 años

