

Protocolo de Atención a Situaciones de Violencia Doméstica y Sexual a lo largo del Ciclo de la Vida

Equipo de referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones Dirección Técnica - Julio 2019



Medicina Personalizada



Introducción

En el marco de la estrategia institucional de intervención en situaciones de Violencia Basada en Género y Generaciones, la Dirección Técnica y el Equipo de Referencia de VBGG de COSEM presentan el **Protocolo de Atención a Situaciones de Violencia Doméstica y Violencia Sexual a lo largo del ciclo de la vida**.

EL MISMO TIENE POR OBJETIVOS:

- **Contribuir a sensibilizar y capacitar a los integrantes del equipo de salud** en la detección de las situaciones de violencia, evaluación del riesgo y diseño de estrategias de intervención.
- **Sistematizar el proceso asistencia** ante las situaciones de violencia doméstica y sexual hacia la mujer, niñas, niños y adolescentes.

Participaron en la elaboración de este documento el equipo de Referencia en Violencia VBGG y la Dirección Técnica de la Institución.

Para su confección se tomaron en cuenta **diversos aportes:**

- Los manuales y protocolos de atención para la atención a este tipo de situaciones en el marco del SNIS, publicados por el MSP¹.
- La experiencia de trabajo y los aprendizajes del Equipo de Referencia Institucional.
- La opinión de los coordinadores y jefes de los servicios involucrados en el abordaje de estas situaciones. En el Anexo 3 se explicita este proceso de intercambio.

¹En Anexo 2 se incluyen links a estos documentos de interés.

Justificación

La violencia en todas sus formas, y particularmente la violencia doméstica y sexual, constituye un tema prioritario para los equipos de salud ya que produce padecimientos y consecuencias negativas para un número significativo de mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Tiene un impacto negativo directo sobre su salud física y emocional, afectando el adecuado desarrollo y bienestar de quienes la sufren.

El contacto con el servicio de salud es fundamental para la detección y atención de estas situaciones, por lo que constituye una oportunidad y responsabilidad para la intervención.

Los equipos de salud deben contar con las herramientas necesarias para la detección y abordaje integral en esta temática y ocupan un rol fundamental en el desarrollo de estrategias que protejan a la víctima, reduzcan los daños y reparen las consecuencias.

Este protocolo brinda aportes generales, que permiten comprender la situación e intervenir en estos casos, pero también específicos realizando aportes concretos dependiendo del servicio en el que surja la situación.

Conceptos y Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el modelo ecológico y explica la violencia desde la multicausalidad, identificando la existencia de factores de riesgo y factores protectores en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y sociocultural, todos ellos atravesados por la perspectiva de género y generacional.

El factor de riesgo es una condición que precede al desarrollo de un determinado problema y que se asocia al incremento de la probabilidad de su aparición.

Los factores protectores son condiciones que se asocian con menores chances de aparición del mismo.

Realizar este análisis resulta fundamental para que las estrategias que desarrollamos disminuyan los primeros y potencien los últimos.

Por otra parte, la teoría del aprendizaje social en la que se basa la OMS entiende que, la violencia es una forma de relacionarse aprendida y modelada culturalmente.

Esta concepción habilita intervenciones educativas para prevenir (o a veces modificar) las situaciones de violencia.

Este protocolo trabajará sobre la violencia doméstica y sexual hacia mujeres y niñas, niños y adolescentes.

La misma se manifiesta a través de distintos indicadores e implica niveles de riesgo distinto para la persona, por ello resulta fundamental profundizar en algunos conceptos.

Violencia intrafamiliar o doméstica

El concepto hace referencia al ámbito donde ocurre la violencia: dentro de la familia o en el ámbito de los afectos. Incluye la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas (o ex parejas) y también a niñas, niños y adolescentes por parte de adultos referentes familiares.

La Ley de Violencia Doméstica la define como “toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”.

Tiene la característica de ser una situa-

ción sistemática y sostenida en el tiempo y puede manifestarse como: Violencia Física, Psicológica/Emocional, Sexual, Patrimonial/Económica. Si bien se discriminan para el análisis, suelen ocurrir de manera simultánea en las situaciones de violencia.

La violencia física es la forma más visible de violencia, pero no necesariamente la más frecuente.

En el caso de las mujeres atendidas por el Equipo de Referencia de COSEM durante el año 2018, solo en el 14% de las mismas, se identificaba la presencia de de violencia física.

El maltrato emocional y psicológico y los comportamientos controladores aparecen de una manera silenciosa y muchas veces naturalizada, pero pueden generar consecuencias y daños graves en mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Violencia Sexual

Según la OMS, la violencia sexual se define como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexua-

lidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

Este ejercicio de poder está atravesado fuertemente por los conceptos de género y generaciones siendo mayormente el agresor un hombre joven/adulto violentando mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultas mayores.

Por el tipo de violencia que implica, es uno de los tipos de violencias más invisibilizadas.

En el caso de las niñas, niños y adolescente el abuso sexual se define como la participación en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento fundamentado, o para la cual el NNA no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo, o que infringe las leyes o tabús de la sociedad.

Los tipos de abuso sexual se distinguen en abuso sin contacto, abuso con contacto y violación, cuando el contacto sexual incluye penetración o intento de penetración (vaginal-anal-oral).

La violencia sexual puede ser intra o extra familiar. En el caso de los NNA el abusador generalmente es una persona cercana, con quien existe un vínculo afectivo.

Esto conlleva la posibilidad de que ocurra con frecuencia, con episodios repetidos que se tornan cada vez más invasivos.

Mayormente es un proceso planificado por el agresor, de acercamiento y seducción, en que se aproxima progresivamente a la víctima ganándose su confianza.

El grado del daño genere la violencia sexual dependerá de las características de la situación vivida: tiempo durante el que se produjo el abuso, proximidad afectiva con el abusador, tipo de conducta abusiva (principalmente si hubo violencia física o no).

También resultará fundamental la fragilidad psíquica previa de la persona, la reacción del entorno y la red de sostén familiar y social.

La atención en salud debe ser una atención centrada en el la persona, poniendo el énfasis en el respeto y cuidado de su dignidad, brindándole la mejor atención posible.

Basará sus acciones en un enfoque de derechos: el derecho a una vida libre de violencia, el de autodeterminación, el del máximo grado de salud posible, derecho a la intimidad y confidencialidad de la información entre otros.

Analizará y planificará el abordaje desde una perspectiva de género y generaciones.

Acciones Institucionales para el Abordaje

Desde el sector salud, las acciones dirigidas a abordar esta temática deben tener como objetivo:

- Promover el buen trato y buenas prácticas de crianza y prevenir la violencia disminuyendo los factores de riesgo y potenciando los protectores.
- Atender a la salud integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes incorporando esta problemática como un tema que impacta en su salud y desarrollo.
- Proteger a la víctima procurando el cese de la situación de violencia, desarrollar estrategias para reparar el daño y prevenir nuevos perjuicios.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento en conjunto con otras instituciones.

PODEMOS IDENTIFICAR DISTINTOS MOMENTOS EN EL ABORDAJE:

- Prevención y Promoción
- Detección
- Valoración del Riesgo
- Estrategia de Intervención
- Seguimiento

Prevención de la Violencia y Promoción de Salud

En este punto resulta fundamental el trabajo que se pueda hacer desde el Primer Nivel de Atención, tanto en lo que refiere al trabajo grupal como individual y familiar en la propia consulta.

El equipo de salud debe incorporar dentro de los controles de salud el trabajo en esta temática, tanto para prevención como para su indagación y planificación de la atención y seguimiento frente a presencia de indicadores que nos alerten sobre la existencia de éstas situaciones.

¿Cómo actuar ante la sospecha?

Entendiendo las limitaciones que establece el espacio de consulta y la escasa formación de los equipos de salud en la temática el Ministerio de Salud ha elaborado guías prácticas para la anamnesis en situaciones de sospecha que resultan de gran ayuda para el equipo de salud².

Asimismo se brinda un detallado análisis de indicadores de distinto tipo y especificidad que permiten avanzar en un diagnóstico^{3,4}, y representan herramientas importantes en la atención a mujeres y NNA en cualquiera de los servicios en que nos encontremos.

Importa destacar en este punto, que en las situaciones de violencia el relato de la víctima es considerado un indicador de alta especificidad.

Puede ser confuso en la cronología y el contenido ya que existen mecanismos psicológicos que generan características particulares en el relato, pero el mismo no puede ser desestimado y debe registrarse en la Historia Clínica lo más fielmente posible.

Las acciones que llevemos adelante en estos momentos resultan fundamentales para facilitar u obturar un buen proceso de abordaje de la situación, pudiendo incluso ser muy negativo para la víctima.

Por ello es necesario tomarse el tiempo necesario, apoyarse en otro miembro del equipo de salud o contactar el Equipo de Referencia en caso que existan dudas.

¿Qué hacer cuando se detecta una situación de Violencia Doméstica o Sexual?

Cualquiera sea el tipo de situación de violencia y su manifestación, y más allá del servicio de Salud que la recibe, existen algunas recomendaciones de buenas prácticas que nos orientan.

El Manual de Atención a Mujeres del MSP nos brinda un esquema práctico y útil para trabajar en la respuesta de primera línea, el esquema ANIMA⁵.

²Manual de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica o Sexual, pág. 32 a 35.

³Protocolo de atención de Violencia Sexual a NNA, pág. 30 a 41.

⁴Protocolo de atención de Maltrato a NNA, pág. 30 a 42.

⁵Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja.MSP INEFOP.

A ATENCIÓN AL ESCUCHAR

Escuche atentamente a la mujer con empatía.

N NO JUZGAR Y VALIDAR

Demuestre a la mujer que la comprende, que le cree y que no la juzga. Asegúrele que ella no tiene la culpa de lo sucedido.

I INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES

Evalúe y responda las diversas necesidades y preocupaciones que la mujer tenga: emociones, físicas, sociales y prácticas (p. ej. cuidado de los hijos).

M MEJORAR LA SEGURIDAD

Analice con ella un plan para que la mujer se pueda proteger a sí misma partir de ese momento, en caso de que los episodios de violencia se repitan.

A APOYAR

Apoye a la mujer para que reciba la información y los servicios y el respaldo social que necesita.

En el caso de la atención a niñas, niños y adolescentes, los tres primeros puntos resultan prioritarios, pero luego también debemos lograr identificar un Adulto Protector de Referencia, que será con quien trabajaremos conjuntamente en la seguridad y cuidado del niño y las estrategias necesarias de seguimiento.

En el caso de los adolescentes será importante evaluar la autonomía progresiva para identificar y respetar el manejo de la información con la familia.

En el Servicio de Urgencia y Emergencia las situaciones detectadas corresponderán, en general, a mujeres o niños víctimas de VD o VS que consultan por motivos vinculados a una agresión específica.

Dado el momento de crisis frente a la agresión, resulta fundamental tener en cuenta las recomendaciones y buenas prácticas actitudinales para el abordaje mencionadas anteriormente al encontrarse la persona en un momento de especial vulnerabilidad.

En estos servicios (sean en puerta o en emergencias móviles), resulta imprescindible realizar la evaluación de la estabilidad clínica y realizar el traslado a nivel de mayor complejidad si se requiere.

Existen algunos criterios que ayudan a identificar la necesidad de la hospitalización: convivencia con abusador (principalmente en NNA y mujeres en situación de riesgo alto), ausencia de adultos protectores referentes o de redes de contención en caso de mujeres y que no pueda garantizarse el seguimiento o primer tratamiento necesario en el Primer Nivel de Atención.

LMS elaboró Flujogramas específicos de abordaje para cada uno de los tipos de violencia planteados y, en el caso de maltrato hacia NNA, se detallan diferentes acciones dependiendo del Servicio en el cual se detecte la situación (Ver Anexo 4).

Merece especial destaque, por su implicancia en agudo, el protocolo de abordaje de situaciones de Violencia Sexual en el servicio de emergencia⁶.

Si bien referimos a la pauta institucional, incluida en el Anexo 5, destacamos aquí la parte del mismo que describe el protocolo asistencial:

Protocolo Asistencial

Valoración Inicial

Historia Clínica completa con adecuado registro en HCE. Evaluación de riesgo vital.

Valorar Interconsulta con especialistas. En caso de requerirse interconsulta con Ginecólogo, éste se traslada al servicio de Urgencia de Sanatorio Americano

Paraclínica

Toma de muestras para:

- HIV, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C
- BhCG (si corresponde).
- Búsqueda de Chlamydia y Gonococo: exudado vaginal y/o anal según corresponda.

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^o -6 ^o semana	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo	✓		

Prevención de Embarazo

La Anticoncepción de Emergencia, si corresponde, se indica únicamente hasta 72 hs luego del ataque sexual.

No tiene contraindicaciones.

- Levonogestrel 1500 mcg en **una toma (preferible)**, ó
- Levonogestrel 750 mcg por **dos tomas, separadas 12 hs.**

Vacunas

Verificar Vacunación contra Hepatitis B.

- Si el/la paciente no está vacunado/a, iniciar el esquema.
- Si está vacunado/a parcialmente, completar el esquema.

Tratamiento anti-infeccioso

- Ceftriaxona 1 g i/m ó
- Penicilina Benzatínica 2.4 mill UI i/m.

Única dosis.

- Azitromicina 1 g v/o. **Única dosis.**
- Metronidazol 1 g v/o. **Única dosis.**
- Tratamiento Antirretroviral.

Se indica en función del caso clínico.

PROFILAXIS	CONSIDERACIONES
Ceftriaxona 1 g i/m o Penicilina benzatínica 2.4 millones i/m + Azitromicina 1 g v/o + Metronidazol 2 g v/o	Dosis única cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, trichomonas
Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes	Si la prueba de VIH es reactiva: Continuar igual plan tratamiento y realizar protocolo de confirmación

Se inicia en el servicio de urgencia y se mantiene durante al menos un mes:

- Zidovudina + Lamivudina **1 compr. cada 12 hs.**
- Lopinavir / Ritonavir **2 compr. cada 12 hs**

⁶Abordaje de Situaciones de Violencia Sexual en el Servicio de Emergencia. Pauta institucional.

Valoración del Riesgo

El riesgo es un elemento central en la intervención ya que de éste análisis se desprende la toma de decisiones en relación al tratamiento y seguimiento de la situación.

La valoración del riesgo es siempre multidimensional debiendo tomar en cuenta elementos de la víctima, del tipo de violencia, del agresor y del contexto⁷. Ver Anexo 6.



En conjunto con la identificación de factores de riesgo a minimizar; debemos identificar los de protección que serán factores a fortalecer y en los que nos apoyaremos para continuar trabajando.

Interesa distinguir aquí que en el caso de la detección de situaciones de Violencia Sexual hacia NNA, siempre se consideran situaciones de Alto Riesgo, por la implicancia y el daño que generan en la víctima.

La estrategia de abordaje será diferencial dependiendo de otros factores como: si fue un hecho puntual o se mantiene en el tiempo, proximidad con la víctima, etc.

Estrategia de Intervención

Frente a las situaciones de Alto Riesgo las acciones deben garantizar, en primera instancia, la protección de la víctima. Para ello:

- Se debe evitar que la mujer o el NNA regrese al lugar donde está expuesta al riesgo, ya sea porque convive con el agresor o porque es un lugar donde éste pueda encontrarle fácilmente. En estos casos se valorará la pertinencia del traslado o ingreso a un nivel de mayor complejidad o a servicios especializados del MIDES o INAU.

• Siempre derivar al Equipo de Referencia en VD y VS para ser valorados a la mayor brevedad.

• Asesorar a la paciente y acompañar la decisión acerca de la denuncia policial o realizar la desde la institución si corresponde.

En todas las demás situaciones:

• Brindar información acerca de los servicios institucionales y extra-institucionales especializados en la atención de Violencia Do-

mística y Sexual, para que la paciente sepa dónde recurrir en el momento que lo necesite: en el Anexo 7 se presenta la Guía de Recursos en VD.

- Coordinar el seguimiento por parte del médico de referencia o médico tratante.
- Comunicar y eventualmente derivar al Equipo de Referencia.

Registros Clínicos

El adecuado registro en la Historia Clínica resulta crítico desde el punto de Clínico, Médico-Legal y también normativo⁸. Siempre es necesario consignar en la HC:

- El relato de la víctima y los signos hallados al examen físico, detallando los indicadores de violencia encontrados y su nivel de especificidad.
- La Valoración del Riesgo.
- Las estrategias de abordaje e intervenciones que se plantean en el marco del presente protocolo asistencial.
- Las acciones pautadas en el protocolo que no se realizan, incluyendo los motivos.

- Si existe negativa del/la paciente, o su familia en el caso de NNA, a recibir alguna de las intervenciones pautadas.

Denuncia Policial

La denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención integral.

Si las condiciones de salud lo permiten, la denuncia policial la realiza el/la paciente o sus responsables en caso de ser menor o incapaz.

Se realiza desde la institución en las situaciones en las que se requieren medidas de seguridad y protección para los NNA o personas incapaces.

Ni el médico que asiste la situación, ni la institución están obligados a realizar la denuncia.

En caso de pacientes menores de edad, se recomienda la notificación al juzgado especializado en violencia doméstica.

Siempre deben prevalecer los derechos de los NNA y su no re victimización.

⁷Existe como referencia un documento elaborado por el Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la VD que presenta indicadores de distintas dimensiones para realizar una adecuada Valoración del Riesgo.

⁸A partir de setiembre de 2015 es obligatorio informar al MS los casos de ataque sexual, agresión física en el marco de Violencia Doméstica y la aplicación de los respectivos protocolos asistenciales.

Equipo de Referencia en VD y VS a lo largo del ciclo de vida

El Equipo de Referencia en VD y VS de Co-sem es un equipo interdisciplinario que se reúne quincenalmente en el ámbito de la Dirección Técnica y lidera las acciones institucionales en VBGG .

El equipo recibe pacientes de COSEM y también del seguro privado Medicina Personalizada - MP, a partir de un convenio de complementación firmado entre ambas instituciones.

Está conformado actualmente por:

- **Lic. Sabrina Kleiman**, Licenciada en Psicología.
- **Lic. Consuelo Ramírez**, Licenciada en Trabajo Social.
- **Dra. Ana Inés Ruiz**, Médica Psiquiatra
- **Carolina Borche**, secretaria.
- **Dr. Martín Salgado**, Adjunto a Dirección Técnica.
- **Dr. Hugo Rodríguez**, Médico Legista (asesoramiento a demanda).
- **Dr. Fabricio Choca**, Psiquiatra Infantil (referente a demanda).
- **Dr. Gustavo Musseti**, Médico Familiar y Comunitario, referente en Policlínico Lagomar.

El equipo recibe las derivaciones a través de un mail (comite.vd@cosem.com.uy) desde:

- La comunicación directa por parte de la paciente o su familia.
- Las recepciones de lo Policlínicos, las áreas de coordinación o atención al Socio institucionales.
- Referentes de otros servicios como Internaciones, Emergencia, Enfermería, etc.
- Desde la HC electrónica, el médico tratante tiene la posibilidad de comunicarse directamente con el ERBVGG envía mail.
- Desde la DT de MP se coordina la derivación de pacientes desde esa institución.

Todas las derivaciones recibidas son analizadas por el ER, priorizando las situaciones de mayor riesgo y coordinando las citas y consultas que corresponda.

Referentes especialmente capacitados coordinan consulta comunicándose directamente con las y los usuarios.

Existen 3 modalidades de consulta con el Equipo dependiendo del tipo de situación:

- Consulta con equipo interdisciplinario (mujeres mayores de 15 a víctimas de VD o VS).

- Consulta con TS (NNA en situaciones de maltrato y abuso sexual).
- Consulta con psiquiatra (en caso de que sea necesaria valoración o referencia y las mujeres o NNA no cuenten con psiquiatra tratante).
- Luego de la primera consulta con el ER se establecen, en conjunto, las estrategias de intervención y seguimiento necesarias:
- Coordinación con médico de referencia.
- Coordinaciones interinstitucionales.
- Derivación a atención terapéutica.
- Contacto telefónico de seguimiento.
- Coordinación de otras consultas o reconsultas con equipo.
- Elaboración de Informes a Juzgado.

Para finalizar, entendemos importante presentar las estrategias y características del proceso asistencial que llevamos adelante en el ER de COSEM.

Continuidad

- Coordinación entre distintos niveles.
- Referencia/contra referencia con médico tratante o de referencia.
- Equipo de Referencias involucrado desde la derivación al seguimiento en todo el proceso de intervención.

Accesibilidad

- Cercanía con el Equipo (comunicación directa por mail/seguimiento telefónico).
- Análisis de derivaciones permite priorizar situaciones de riesgo y minimizar primeras resistencias.
- Contar con referentes capacitados en equipo de coordinaciones.

Integralidad

- Coordinación con equipo de salud y atención terapéutica.
- Coordinación con otras instituciones.
- Abordaje familiar.

Anexo 1

Trayectoria Institucional para personas en situación de Violencia Doméstica y/o Sexual.



Anexo 2

Publicaciones del Ministerio de Salud

- Manual de Atención para mujeres que han sufrido violencia de pareja o Violencia Sexual. [DESCARGAR](#)
- Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS. [DESCARGAR](#)
- Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS. [DESCARGAR](#)
- Herramientas para la Evaluación del Riesgo. [DESCARGAR](#)

Anexo 3

En el primer semestre de 2019 el equipo de Referencia en VBGG en forma conjunta o a través de alguno de sus integrantes, se reunió con referentes de diversas áreas institucionales, tanto de Cosem como de MP, a fin de sensibilizar y capacitar sobre los nuevos protocolos y pautas de atención publicadas por el MS, y recabar opiniones y experiencias sobre su adaptación a las realidades institucionales.

Este intercambio no se da aislado, sino que se enmarca en un proceso de trabajo conjunto que lleva ya años, en un ida y vuelta permanente del ERVBGG y los diferentes sectores de la institución.

En concreto, los referentes consultados fueron:

- **Lic. Alejandra Ramírez**, jefa de enfermería de Cosem, y su equipo del Depto. Enfermería.
- **Lic. Verónica Pereira**, referente de Violencia de MP.
- **Dras. Estela Sigales y Malena Passos**, Jefa y coordinadora respectivamente del servicio de emergencia de Cosem.
- **Dr. Walter Pérez**, Jefe de Pediatría de Cosem.
- **Dr. Pablo Martínez**, referente de la D.Técnica de MP para el convenio sobre VBGG.
- **Dr. Mario Olazábal**, jefe de Ginecología y Obstetricia de Cosem.
- **Dr. Pedro Zurmendi**, jefe de Psiquiatría de Cosem.
- **Dra. Laura Árevalo**, jefa de RRHH de Cosem.

Equipo de jefaturas y subjefaturas administrativas: Arq. Josefina Voelker, Lic. Carolina Fungueiriño, Carolina Echeverry (Coordinación), Gimena Sánchez (Atención al Socio), Lic. Natalia Tamborindeguy (Recepción), T.A Gabriela Sánchez (Secretaría).

Equipo de licenciadas en enfermería de los Policlínicos. Luego del primer contacto, se mantuvo intercambio vía correo electrónico y se establecieron segundas (y terceras) instancias en algunos casos.

El intercambio resultó por demás enriquecedor y contribuyó a simplificar el protocolo institucional, priorizando los elementos más relevantes.

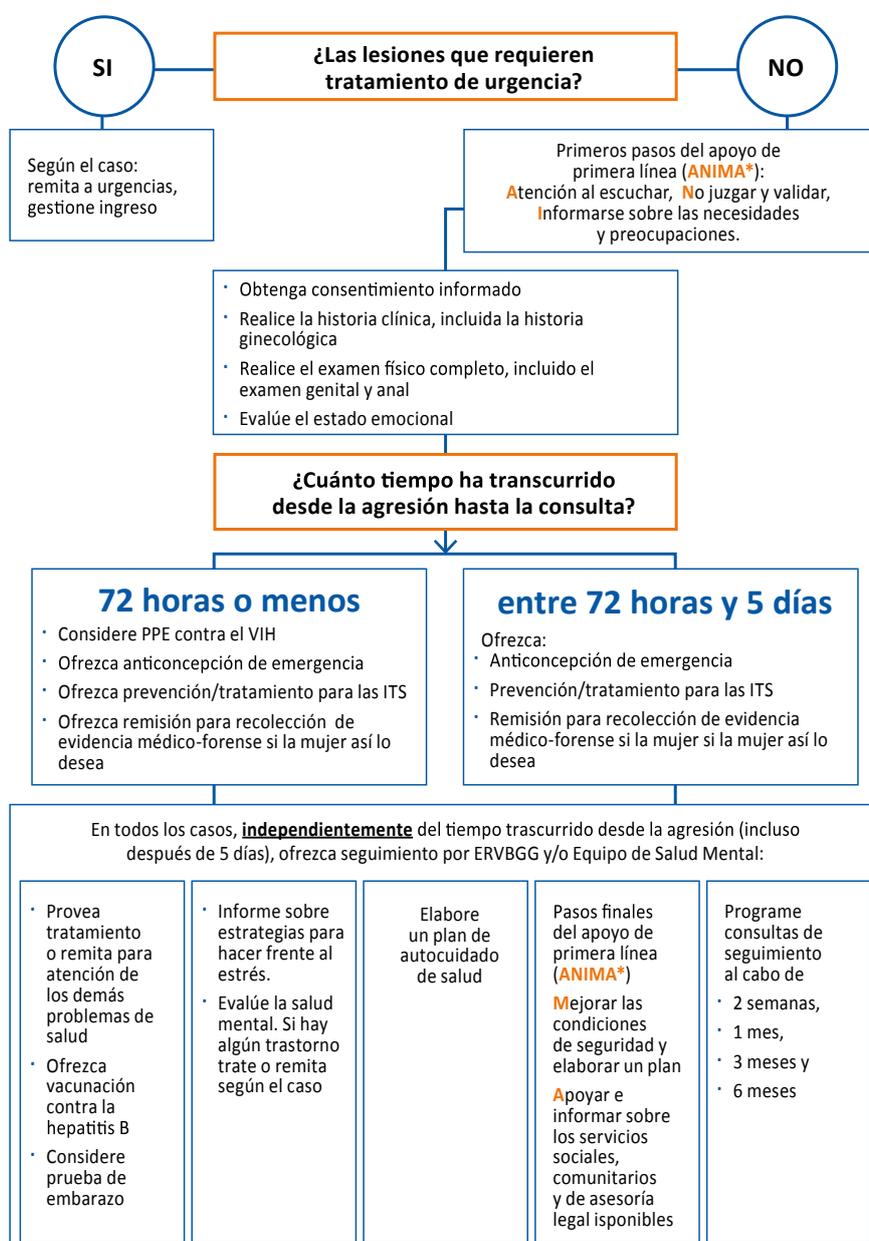
Se acordaron asimismo criterios para la etapa de capacitación al personal.

Anexo 4

Flujogramas Destacados de las Publicaciones del Ministerio de Salud.

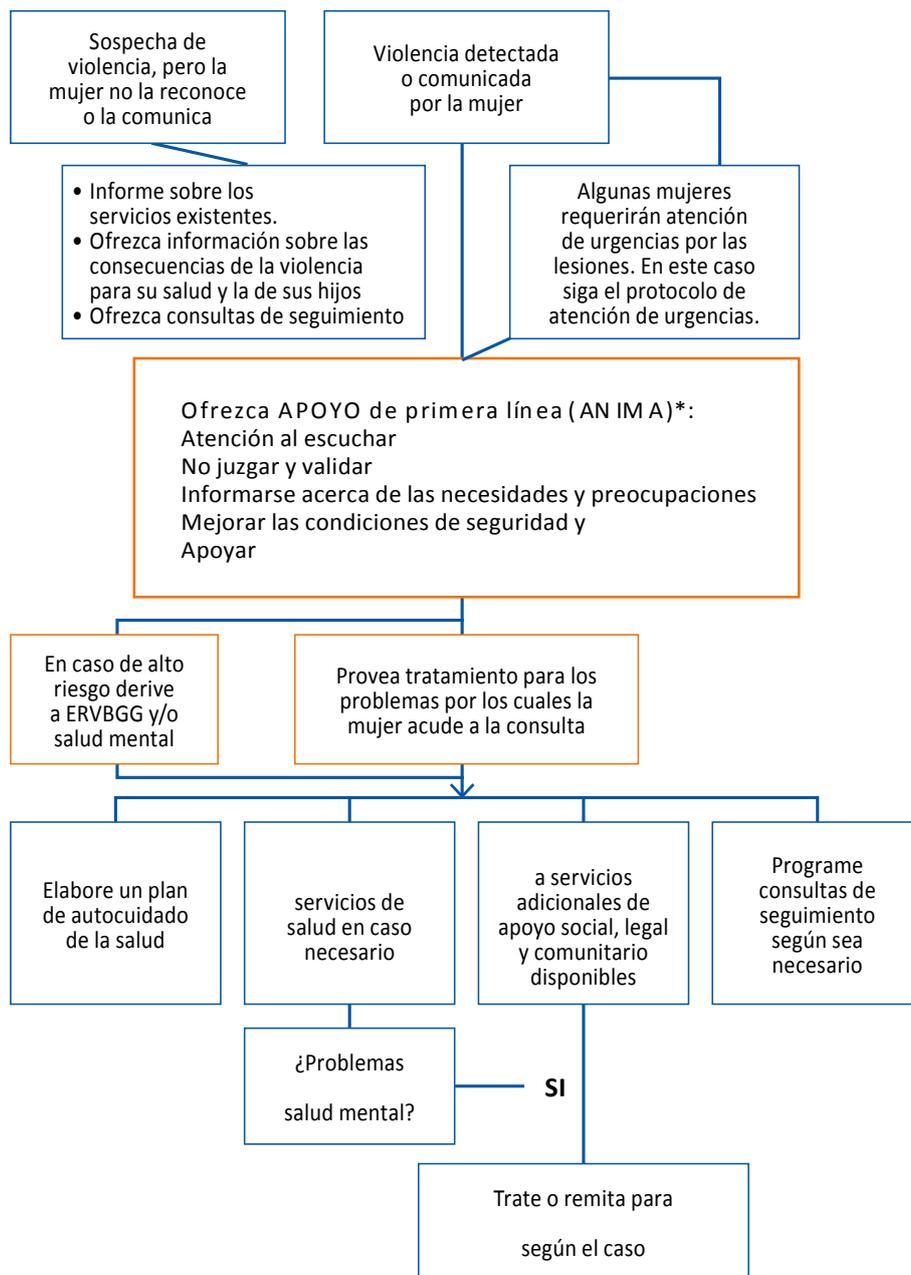
Atención a la violencia sexual hacia mujeres

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL

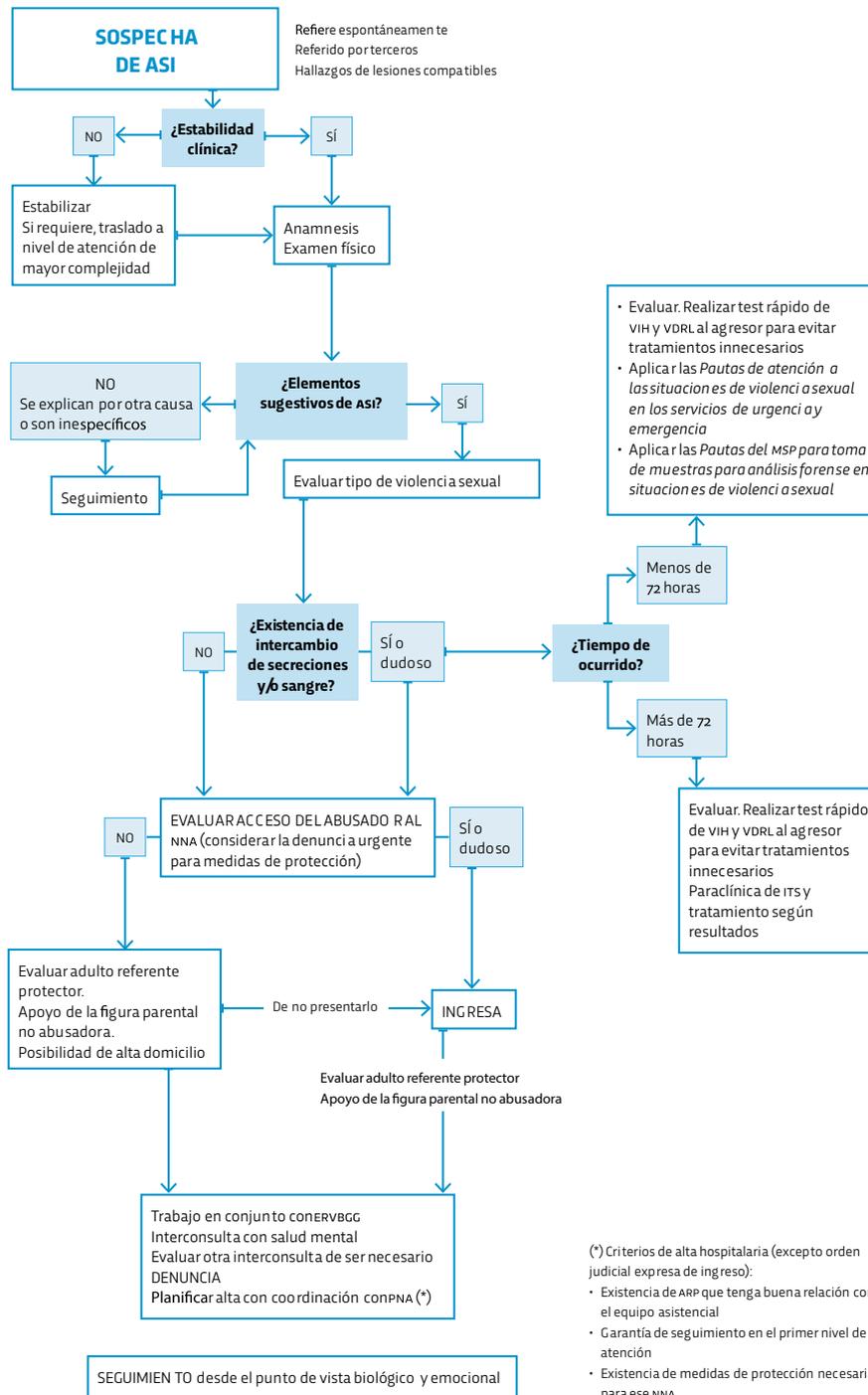


Atención a la violencia doméstica hacia mujeres

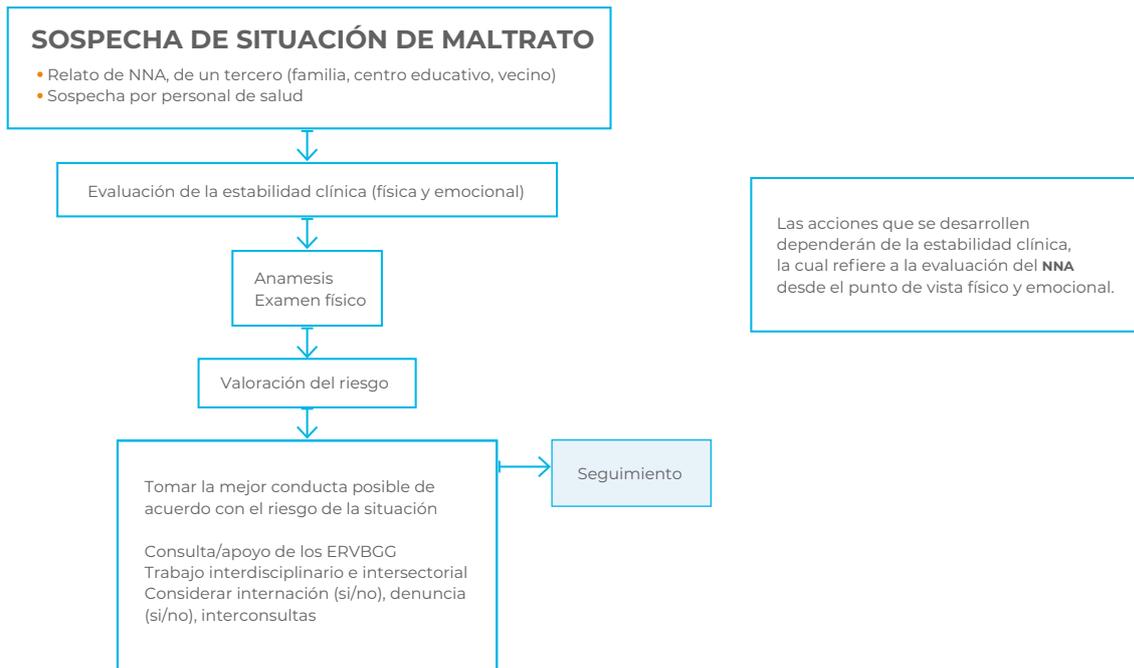
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DE PAREJA



Atención a nna en situación de abuso sexual

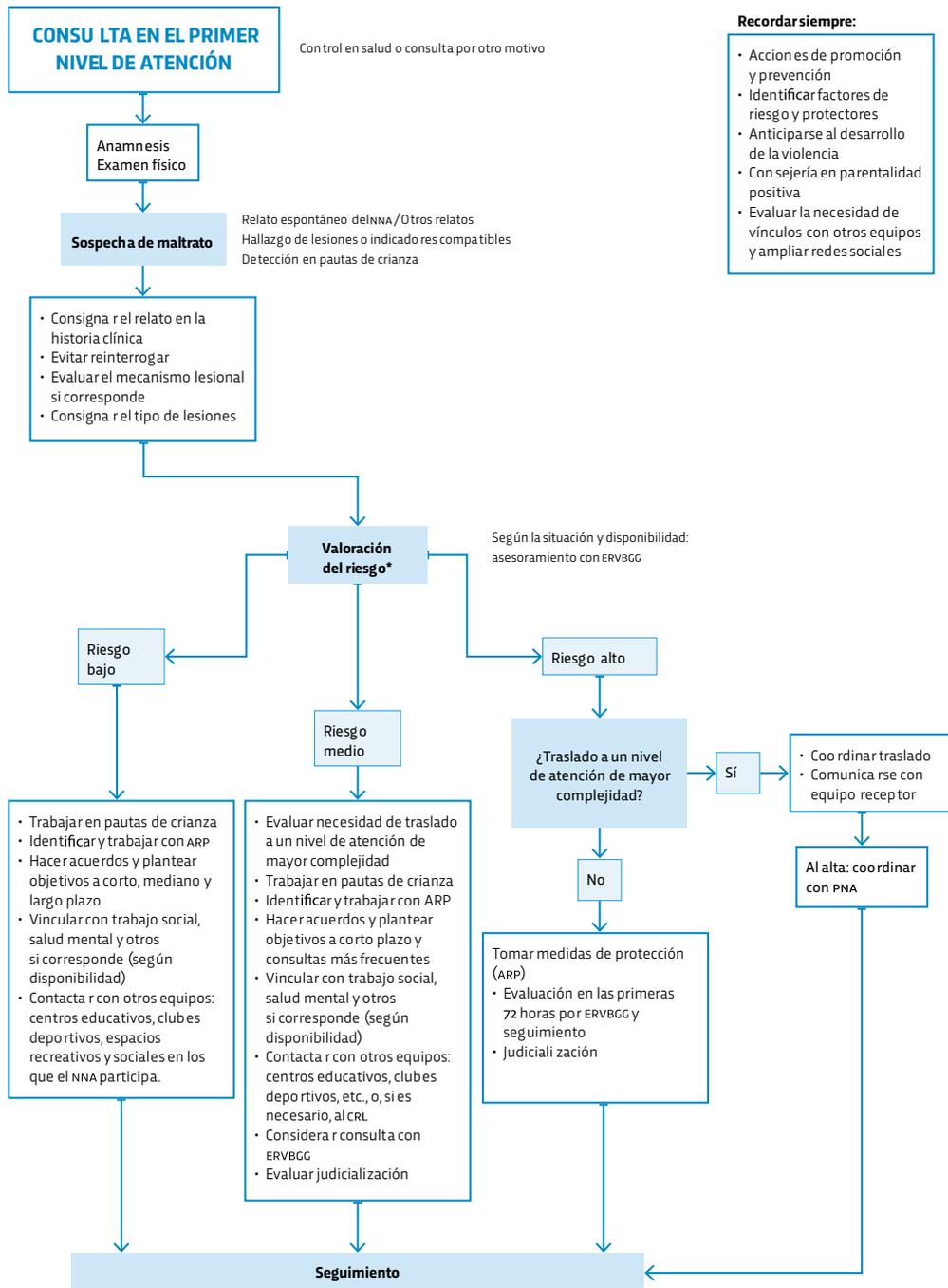


Atención a nna en situación de maltrato



Atención a nna en situación de maltrato

Primer nivel de atención

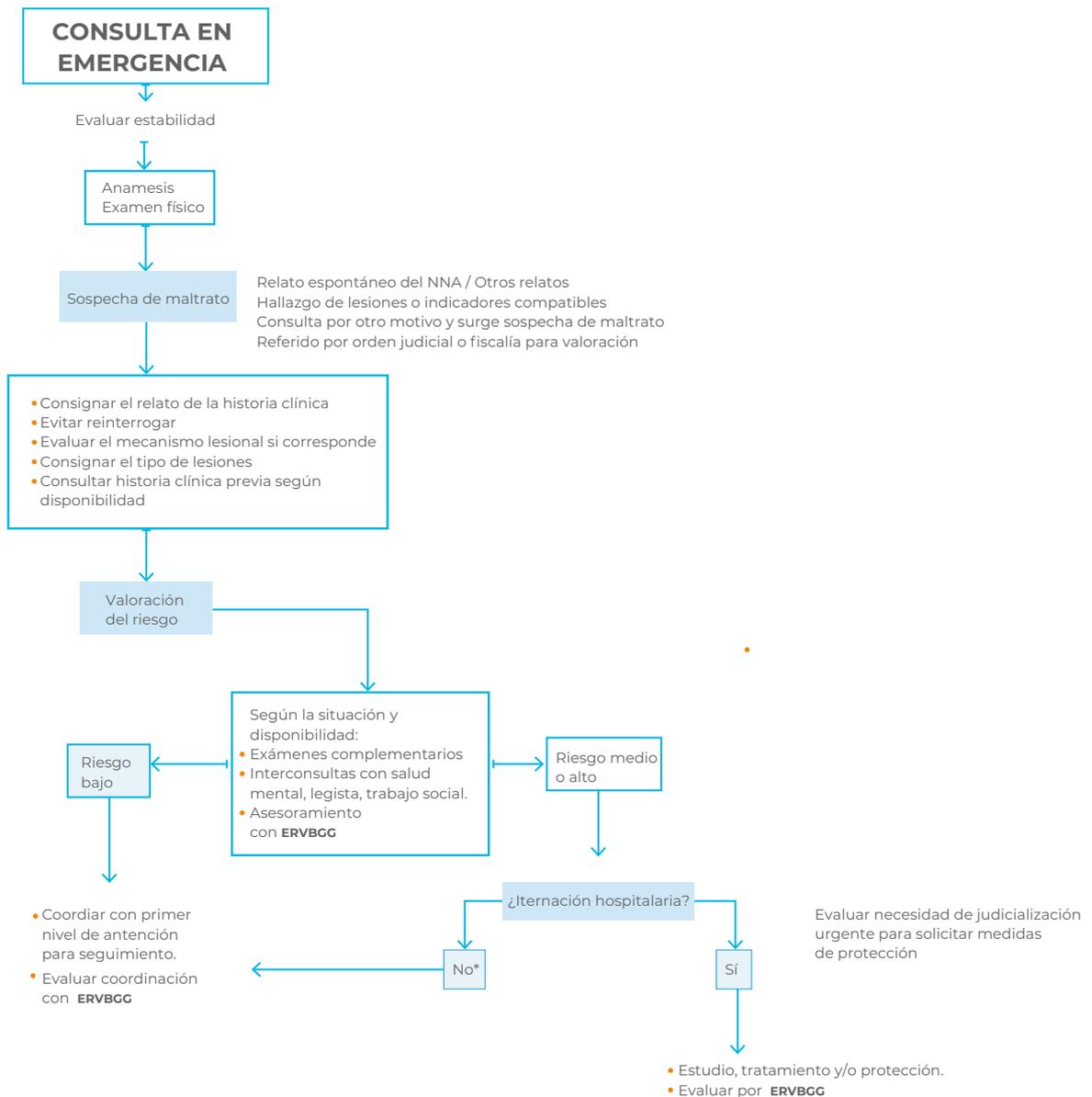


Recordar siempre:

- Acciones de promoción y prevención
- Identificar factores de riesgo y protectores
- Anticiparse al desarrollo de la violencia
- Consejería en parentalidad positiva
- Evaluar la necesidad de vínculos con otros equipos y ampliar redes sociales

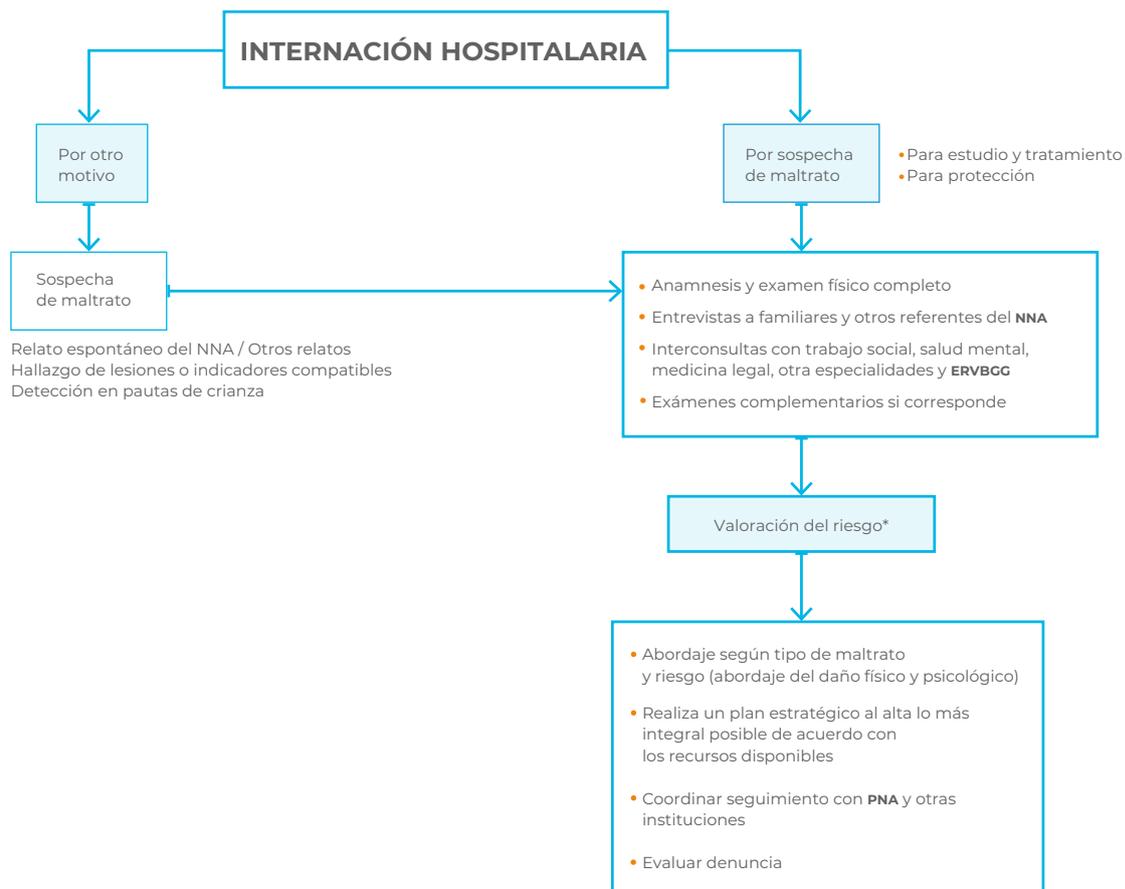
Atención a nna en situación de maltrato

Servicio de emergencia

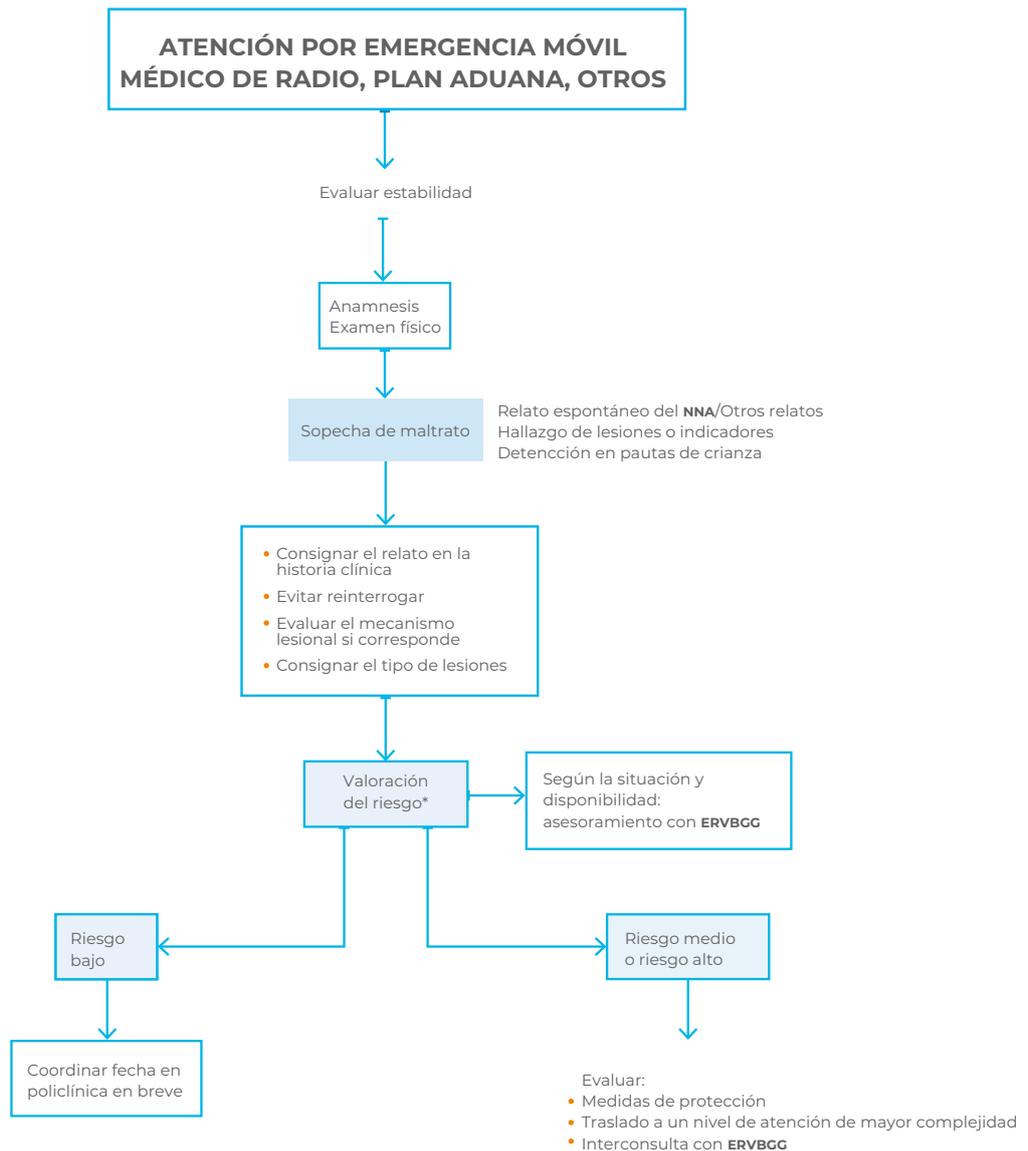


- (*) Criterios para no hospitalizar:
- Existencia de **ARP** que tenga buena relación con el equipo de salud
 - Garantía de coordinación y seguimiento en el **PNA**
 - Existencia de medida de atención necesarias para el **NNA**
 - Evaluación y tratamiento puede resolverse en el **PNA**

Atención a nna en situación de maltrato Internación hospitalaria



Atención a nna en situación de maltrato Atención en domicilio



*Véase la etapa 3, «Valoración del riesgo».

Anexo 5

Protocolo Institucional para el abordaje de Situaciones de Violencia Sexual en el Servicio de Emergencia.

Abordaje de Situaciones de Violencia Sexual en el Servicio de Emergencia

Este protocolo normatiza la asistencia en el Servicio de Emergencia de aquellas personas socias de la institución que consulten ante situaciones de violencia o agresión sexual.

Aspectos Generales

Asistencia inicial y puesta en práctica del Protocolo Asistencial

- El médico de guardia, de adultos o pediatría, es quien realiza la evaluación inicial y brinda la primera asistencia. Es éste médico quien desencadena el protocolo asistencial descrito y de-fine la necesidad de realizar interconsultas con otros especialistas (cirugía, ginecología, psi-quiatria, por ejemplo).
- En caso de requerirse interconsulta con Ginecólogo, se solicitará que el mismo venga al Servicio de Emergencia. No se trasladará a la paciente al H. Evangélico.
- Si se trata de una paciente que, en función de su conocimiento institucional, consulta en el Servicio de Emergencia de H. Evangélico, será el ginecólogo de guardia quien asista en primera instancia y complete el protocolo.

Registros Clínicos

El adecuado registro en la Historia Clínica resulta fundamental desde el punto de Clínico, Médico-Legal y también Normativo⁽¹⁰⁾.

Es necesario siempre detallar:

- El relato del/la paciente y los signos hallados al examen físico.
- Las intervenciones que se realizan en el marco del presente protocolo asistencial.
- Las acciones pautadas en el protocolo que no se realizan, incluyendo los motivos.

- Si existe negativa del/la paciente a recibir alguna de las intervenciones pautadas.

Denuncia Policial

- Si las condiciones de salud lo permiten, la denuncia policial la realiza el/la paciente o sus responsables en caso de ser menor o incapaz.
- Ni el médico que asiste al/la paciente ni la institución están obligados a realizar la denuncia.
- En caso de pacientes menores de edad, se recomienda la notificación al juzgado especializado en violencia doméstica.

En caso de iniciarse Tratamiento Antirretroviral

- Las primeras dosis se administran en el servicio de Emergencia.
- El médico que asiste al/la paciente entregará recetas para retirar tratamiento para 10 días en la Farmacia de COSEM en Vilamajó.
- Debe referirse a consulta de seguimiento con Infectólogo.

Seguimiento luego del alta.

- Siempre derivar a su médico de referencia o tratante.
- Informar que el Comité de Violencia de Cosem es el equipo institucional especializado que puede acompañar el proceso en adelante y realizar orientaciones específicas. En Cosem, es el Comité de VD quien centraliza el seguimiento del proceso asistencial de este tipo de pacientes.
- Si el/la paciente está de acuerdo, realizar la derivación al Comité de VD por medio de la recepción de Cosem en el Sanatorio Americano.
Si la respuesta es negativa, brindar la información y reportar la situación al Comité VD por vía correo electrónico comite.vd@cosem.com.uy o a través de la misma recepción.

- Si se inicia tratamiento anti-retroviral es necesaria la derivación a Infectólogo.

Protocolo Asistencial

Valoración Inicial

Historia Clínica completa con adecuado registro en HCE. Evaluación de riesgo vital.

Valorar Interconsulta con especialistas. En caso de requerirse interconsulta con Ginecólogo, éste se traslada al servicio de Urgencia de Sanatorio Americano.

Paraclínica

Toma de muestras para:

- HIV, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C.
- BhCG (si corresponde).
- Búsqueda de Chlamydia y Gonococo: exudado vaginal y/o anal según corresponda.

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^o -6 ^o semana	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo	✓		

Prevención de Embarazo

La Anticoncepción de Emergencia, si corresponde, se indica únicamente hasta 72 hs luego del ataque sexual. No tiene contraindicaciones.

- Levonogestrel 1500 mcg en **una toma (preferible)**, ó
- Levonogestrel 750 mcg por **dos tomas, separadas 12 hs.**

Vacunas

Verificar Vacunación contra Hepatitis B.

- Si el/la paciente no está vacunado/a, iniciar el esquema.
- Si está vacunado/a parcialmente, completar el esquema.

Tratamiento anti-infeccioso

- Ceftriaxona 1 g i/m ó Penicilina Benzatínica 2.4 mill UI i/m. **Única dosis.**
- Azitromicina 1 g v/o. **Única dosis.**
- Metronidazol 1 g v/o. **Única dosis.**
- Tratamiento Antirretroviral. Se indica en función del caso clínico. Se inicia en el servicio de urgencia y se mantiene durante al menos un mes:
 - Zidovudina + Lamivudina **1 compr. cada 12 hs.**
 - Lopinavir / Ritonavir **2 compr. cada 12 hs**

PROFILAXIS	CONSIDERACIONES
Ceftriaxona 1 g i/m o Penicilina benzatínica 2.4 millones i/m	Dosis única cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, trichomonas
+ Azitromicina 1 g v/o	
+ Metronidazol 2 g v/o	
Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs	Si la prueba de VIH es reactiva: Continuar igual plan tratamiento y realizar protocolo de confirmación
+ Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes	

Con receta del médico de Guardia, la farmacia de COSEM en Vilamajó entregará el tratamiento para un mes.
Debe agendar consulta de seguimiento con Infectólogo

Aspectos particulares para la atención de Niños (< 15 años)

Se aplica el protocolo asistencial con algunas adaptaciones a tener en cuenta:

Comunicación al Juzgado Especializado en Violencia Doméstica

- Se recomienda siempre en caso de víctimas menores de edad.
- Para efectivizar esta comunicación el médico de guardia debe informar a la DT, desde donde se elaborará el escrito a presentar.
- En aquellas situaciones extremas en que el médico entienda necesario comunicar en el momento, se debe hacer a través de la Seccional Policial. La correspondiente al Sanatorio Americano y al Hospital Evangélico es la Seccional 9ª, ubicada en Luis Sambucetti 2687, casi Garibaldi, tel.: 2487 1617. Desde allí se comunican con el juez de VD de turno.

Sobre la Paraclínica

Toma de muestras para:

- Hepatitis B únicamente si no completó esquema de vacunación.
- BhCG: sólo si es una adolescente con Tanner > 3.

Sobre las Vacunas

Verificar adicionalmente la vacunación contra Virus del Papiloma Humano.

- Si no está vacunado/a, ofrecer la vacuna a partir de los 9 años.

Sobre el Tratamiento anti-infeccioso

- Las dosis de todos los fármacos deben ajustarse según el peso. (ver recuadro).

TRATAMIENTO	
< 45 Kg	≥ 45 Kg
Ceftriaxona 125 mg i/m. 1 dosis	Ceftriaxona 1 g i/m. 1 dosis
1 Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o. 1 dosis	Azitromicina 1g v/o. 1 dosis
Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Metronidazol 2 g v/o. 1 dosis
2 Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes
CONSIDERACIONES	
1 Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas.	
2 Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas. Si la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación.	
• DOSIS:	
Zidovudina: 4 < 9 kg: 12 mg/kg cada 12 hs; 9 < 30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs; ≥ 30 kg: 300 mg cada 12 hs	
Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.	
Lopinavir/Ritonavir: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs; ≥15 - 45 kg: 11 mg por Kg cada 12 hs (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)	

Aspectos particulares para la atención de Adolescentes (12-19 años)

Se aplica el mismo protocolo asistencial, pero debe tenerse en cuenta el concepto de Autonomía Progresiva, esto es reconocer en el adolescente la adquisición progresiva de la capacidad de ejercer sus derechos y asumir sus responsabilidades.

La autonomía se traduce en la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule, comprender cuales son las alternativas disponibles. En definitiva es la capacidad de formarse un juicio propio, decidir por sí mismo y asumir las consecuencias de su decisión.

Así, la autonomía personal se va ampliando a medida que el niño o niña va creciendo, siendo claramente mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez.

En consecuencia, la valoración que hace el médico actuante del grado de autonomía del adolescente será fundamental para el abordaje de este tipo de situaciones, particularmente en cuatro aspectos:

- El manejo de la información asistencial.
- El vínculo con la familia o los referentes del adolescente.
- La consideración de la negativa a recibir el tratamiento o las intervenciones pautadas.
- La notificación al juzgado competente (especializado en VD).

La conducta a seguir en cada caso en particular estará determinada por: la existencia de riesgo vital que requiera la implementación de medidas de protección, y la capacidad del entorno socio-familiar para continuar el cuidado.

En la evolución, resultara fundamental el seguimiento a realizar por el médico tratante y el Equipo de Violencia de la Institución.

Anexo: pautas distribuidas por el MSP

INFANCIA Y ADOLESCENCIA Hasta 19 años inclusive- Hasta 72 horas

Los equipos de salud deben aplicar el Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP 2009.

En todos los casos, niñas, niños y adolescentes deben ser atendidos/as con integridad, comprensión, privacidad y confidencialidad. Se debe coordinar consulta con Salud Mental y /o con Equipo de Referencia en Violencia

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^a -5 ^a semana	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test** embarazo	✓		

!

Estar Embarazada no implica cambios al procedimiento. Los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antiretroviral, se realizan de la misma forma expuesta

* Si no está vacunado/a con esquema completo
** Adolescente con Tanner ≥ 3

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Pastillas anticonceptivas de Emergencia en adolescentes desarrollo sexual Tanner ≥ 3 .
Levonogestrel viene en dos presentaciones:

- blister con 2 píldoras de 750 mcg cada una
- blister con una píldora de 1500mcg

De preferencia debe ser usada la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda dosis o tomarla después de 12 horas de la primera. La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo. Debido a la brevedad de uso **no existen condiciones médicas que contraindiquen su administración**. Pueden ser utilizadas aun por mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales de uso continuo.

Verificar esquema de vacunación vigente:

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad
HPV, SI NO LA RECIBIÓ administrar a partir de los 9 años

TRATAMIENTO

< 45 Kg	≥ 45 Kg
Ceftriaxona 125 mg i/m. 1 dosis	Ceftriaxona 1 g i/m. 1 dosis
+ Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o. 1 dosis	+ Azitromicina 1g v/o. 1 dosis
+ Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	+ Metronidazol 2 g v/o. 1 dosis
2 Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes

CONSIDERACIONES

- 1 Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas.
- 2 Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas. Si la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación.

• DOSIS:

Zidovudina: 4 < 9 kg. 12 mg/kg cada 12 hs; 9 < 30 kg. 9 mg/kg cada 12 hs; ≥ 30 kg. 300 mg cada 12 hs

Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.

Lopinavir/Ritonavir: <15 kg. 13 mg por kg cada 12 hs; ≥ 15 - 45 kg. 11 mg por Kg cada 12 hs (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)



PROGRAMA INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

EN CASOS AGRESIÓN SEXUAL, ORAL, ANAL Y/O VAGINAL CON O SIN PENETRACIÓN

— HASTA 72 HS —

Toda persona mayor de 20 años, que haya sufrido violencia sexual deberá ser atendida según la siguiente pauta de recepción y tratamiento.

Los equipos de salud deben aplicar el Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud, MSP 2009.

La violación es una forma grave de VS. Su atención es obligatoria. Los daños que sufre una víctima de violencia sexual son daños a la salud, por lo tanto es en este sector en donde debe asumirse la responsabilidad de la atención. Hace a la calidad técnica una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria que facilite a la persona hablar de lo sucedido, en un ambiente de respeto, comprensión, privacidad y confidencialidad. Será responsabilidad de la Institución proveer a los servicios de los insumos necesarios para una atención adecuada, debiendo todas las instituciones contar con un Protocolo de atención en el que el personal esté entrenado. Si las condiciones de salud lo permiten, la denuncia policial la realizará la persona asistida.

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^a -6 ^a semana	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB	✓		✓
VHC	✓		✓
Sifilis	✓	✓	
Test embarazo	✓		
Screening ITS (chlamydia, gonococo)	Opcional si está disponible		

!

Estar embarazada no implica cambios al procedimiento. Los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral se realizan de la misma forma expuesta

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

PREVENCIÓN DE EMBARAZO, Pastillas anticonceptivas de Emergencia, Levonogestrel viene en dos presentaciones:

- blister con 2 píldoras de 750 mcg cada una
- blister con una píldora de 1500mcg

De preferencia debe ser usada la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda dosis o tomarla después de 12 horas de la primera. Si la usuaria tiene acceso al producto de dos píldoras se recomienda se las tome de una vez. La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hrs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo. Debido a la brevedad de uso no existen condiciones médicas que impliquen contraindicación. Pueden ser utilizadas aun por las mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales de uso continuo.

Verificar esquema de vacunación vigente:

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad

PROFILAXIS	CONSIDERACIONES
Ceftriaxona 1 g i/m o Penicilina benzatínica 2.4 millones i/m + Azitromicina 1 g v/o + Metronidazol 2 g v/o	Dosis única cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, trichomonas
Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes	Si la prueba de VIH es reactiva: Continuar igual plan tratamiento y realizar protocolo de confirmación



PROGRAMA INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Anexo 6

Documento del Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la VD:
Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes.



Anexo 1¹

Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Antecedentes.

En el marco del Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la Violencia Doméstica y la implementación del *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional*, se identificó la necesidad de profundizar las articulaciones interinstitucionales para mejorar la respuesta coordinada ante situaciones de riesgo por violencia doméstica que viven mujeres², niños, niñas y adolescentes.

Con este objetivo se conformó en el mes de abril de 2016 un Grupo de Trabajo al que fueron convocados representantes de todos los organismos integrantes del CNCLVD³.

Introducción

El proceso del Grupo de Trabajo permitió visibilizar la acumulación en la construcción de los diferentes instrumentos que cada organismo ha ido elaborando – protocolos, guías, mapas de rutas, etc.-, que da cuenta de un enfoque conceptual compartido y del esfuerzo por generar herramientas operativas convergentes. Al mismo tiempo, estos instrumentos fueron pensados de acuerdo a la población destinataria, a las características y competencias de cada organismo. En este sentido, **se constata entonces la necesidad de dar un paso más en la construcción de acuerdos operativos intersectoriales**. Este documento busca contribuir a este proceso respecto a la valoración del riesgo, que sea de utilidad para las acciones de todos los sectores que intervienen en las situaciones de violencia doméstica.

S busca contribuir al cumplimiento del *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional en tanto Objetivo Sanitario*.

Caracterización de situaciones de riesgo /peligrosidad en violencia doméstica

Hablamos de “situaciones” a fin de contemplar los aspectos dinámicos de las mismas y de dar cuenta de los diferentes actores y factores que son determinantes para su valoración. En situaciones de violencia doméstica y para la valoración del riesgo es importante tener en cuenta, el contexto, el texto y los actores, integrando el componente dinámico y su historicidad.

¹ Adaptado del Documento elaborado por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica

² Incluidas las mujeres trans.

³ En el GT participaron en forma permanente el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, el Servicio Telefónico 4141 e Inmujeres. Se incorporaron posteriormente la Secretaría para la Igualdad de Género de la IM e INAU. Participó en una oportunidad el Poder Judicial.

Es muy importante tener en cuenta que en situaciones de violencia doméstica, las personas del entorno afectivo y grupo de convivencia son víctimas y se encuentran potencialmente en riesgo; no sólo es afectada/o quien sufre "directamente" la violencia.

La violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes (MNNA) tiene en común:⁴

- Quienes ejercen violencia suelen tener una relación íntima con las víctimas.
- La aceptación social de la misma.
- Barreras en la búsqueda de ayuda.
- Falta de sanciones penales y débil aplicación de protección legal.
- La violencia hacia MNNA tiene consecuencias intergeneracionales.

Hablamos de riesgo cuando "(...) la persona está en riesgo de vida, en primer lugar y/o cuando está en riesgo la salud física y mental (la propia o de alguien del entorno inmediato). La valoración del riesgo es lo que permite definir las prioridades de la intervención y por ende los procedimientos a seguir, tanto en la interna de la institución que lo detecta como en la articulación con aquellos actores que tengan competencia en esa situación valorada."⁵

El CNCLVD adopta una **definición operativa de las situaciones de riesgo** en violencia doméstica (VD) hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes (MNNA), que defina criterios consensuados de acción para:

1. la protección de MNNA en situación de VD
2. la asistencia específica de MNNA en situación de VD
3. la prevención de nuevos episodios de VD hacia MNNA

¿Quién y cuándo hace la valoración de riesgo? La valoración podrá realizarla quien detecta una situación, por el relato de la MNNA, por la presencia de signos y síntomas o el relato de terceros. Debe considerarse esta valoración no como un momento aislado en el tiempo, sino como parte del proceso de atención a la situación. Mientras se realiza esta valoración también se está "interviniendo".

La valoración de riesgo debe tener en cuenta:

- la presencia o ausencia de indicadores de riesgo
- el análisis de los antecedentes que han caracterizado la relación de pareja o la relación con la persona adulta en el caso de NNA
- la percepción y el relato de la MNNA
- las características de quien ejerce violencia

⁴ "Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres". Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas". Diciembre 2014.

⁵ Modelo de Atención SIPIAV. 2012.

Se identifican:

(α) Situaciones de violencia hacia **mujeres, niños, niñas y adolescentes** que indican **alto riesgo** y requieren de **acciones inmediatas**, de manera articulada entre diferentes componentes del sistema de respuesta:

1. Violencia Sexual
2. Violencia Física que requiera asistencia de salud
3. Ideas y/o intentos de suicidio y/u homicidio
4. Incumplimiento de medidas de protección relativas al no acercamiento impuestas por la justicia competente
5. Riesgo de vida por acción u omisión en niños/as pequeños/as o con algún factor de vulnerabilidad como, por ejemplo discapacidad o enfermedad.

Protección en Infancia y adolescencia: siempre se debe tener en cuenta el interés superior del NNA y su palabra, en el marco de la autonomía progresiva. Cabe aclarar que la autonomía progresiva debe evitar exponer a los/as NNA a tomar decisiones que no están en condiciones de tomar, por su edad, por sus características, por el daño o el impacto producido por la situación traumática.

(b.1) Situaciones de riesgo hacia **mujeres: situaciones con presencia de tres indicadores evidencia una situación de riesgo alto**, que requieren de **acciones inmediatas** de manera articulada entre diferentes componentes del sistema de respuesta:

1. Amenazas graves y reiteradas de muerte o de ejercer violencia física. Cuando las amenazas son frecuentes; se realizan en situaciones de violencia física, quien las efectúa tiene acceso y conocimiento en el uso de armas propias o impropias y/o trabaja con ellas y/o la víctima considera que el agresor es capaz de matarla.
2. Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia. Los episodios violentos son cada vez más frecuentes y de mayor intensidad. Debe indagarse sobre la existencia de ataques previos, tentativas de homicidio (ahorcamientos, asfixia, sumergimiento, ataque con arma blanca, contundente o de fuego -aunque no haya sido disparada), lesiones, privación de libertad, dañar objetos pertenencias y/o herramientas personales de la víctima.
3. Acoso, control y amedrentamiento sistemático de la víctima. Existen conductas de hostigamiento, la sigue y/o la espera de forma sistemática; la llama de forma reiterada.
4. La víctima ha tenido que recibir atención de salud como consecuencia de las agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas anteriores. Antecedentes de denuncias de violencia doméstica: refiere a toda denuncia judicial, noticia policial o actuación policial y/o judicial, que se haya verificado en el pasado, iniciada por la actual denunciante, otras víctimas o terceras personas.
5. Antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o

- herramientas personales de la víctima.
6. Consumo abusivo o conflictivo de sustancias legales e ilegales: trastornos mentales y conductuales debidos al consumo de sustancias legales y/o ilegales que derivan en conductas violentas.
 7. Trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos que producen comportamientos violentos

Factores a considerar en la valoración de situaciones de VD hacia mujeres:

Factores relativos a la mujer	Factores relativos a quien ejerce violencia	Factores relacionales	Contexto
<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes de IAE (intento de autoeliminación). -Ideación suicida o ideas de dar muerte a otras personas (a quien ejerce violencia y/o a sus hijos/as) como única posibilidad de salida a su situación de violencia. -Estado de crisis emocional actual (ansiedad y angustia evidente, alteraciones del sueño y alimentación). -Vivencia de indefensión (anestesia afectiva, embotamiento). -Cuadro depresivo grave diagnosticado sin tratamiento. -Abuso de psicofármacos (toma medicación por fuera de la indicada). -Enfermedades crónicas y/o discapacidades que generan dependencia. -La víctima ha tenido que recibir atención de salud como consecuencia de las agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas. -Consumo problemático de alcohol u otras drogas. -Vínculos afectivos con personas a cargo -o no- que inhabilita la posibilidad de cambio. -Pareja o ex pareja vinculada a instituciones que dan respuesta a la temática de la violencia basada en género. -Pareja o ex pareja con perfil público o con acceso a influencia o poder. -Grado de naturalización de la violencia. -Antecedentes de violencia en la familia de origen. -Antecedentes de abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incumplimiento de medidas cautelares. -Antecedentes penales de condena o proceso penal en curso por delitos contra la persona física. -Antecedentes de privación de libertad. -Oposición, resistencia u obstaculización al normal desarrollo del proceso y demás actuaciones. -Amenazas graves y reiteradas de muerte o de ejercer violencia física. -Acoso, control y amedrentamiento sistemático de la víctima directa o indirectamente (mensajes en redes sociales u otros medios electrónicos). -Antecedentes de denuncias de violencia doméstica. -Antecedentes de conductas delictivas o formar parte de redes delictivas. -Antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o herramientas personales de la víctima. -Consumo problemático de alcohol u otras drogas. -Consumo de sustancias que favorezcan la impulsividad o pérdida de control. -Trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos. -Comportamiento violento en varios contextos, no solo en el hogar. -Tenencia y/o acceso a armas de fuego. -Acceso a medios letales por uso cotidiano o familiarización con los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intentos de separación frustrados. -Separación reciente y/o formación de nueva pareja por parte de la mujer. -Aumento de control sobre las actividades y relaciones. -Cronicidad de la situación (duración y frecuencia de los episodios). -Aumento de la frecuencia, intensidad e impredecibilidad de la violencia. -Amenazas de muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fracaso en la búsqueda de ayuda -Aislamiento y carencia de red social de apoyo. -Pérdida de la vivienda y/o dificultades de acceso a la vivienda. -Situación de calle. -Pobreza y pobreza extrema. -Pérdida del empleo o carencia de ingresos propios.

(b.2) **Situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes** que requieren el diseño de una **estrategia de intervención inmediata o a corto plazo** y una evaluación de riesgo permanente: *“Detección: implica la identificación de la situación de violencia hacia NNA. Puede producirse ante presencia de indicadores específicos, o frente a la evaluación de un conjunto de indicadores inespecíficos en determinado contexto. (Bentancor, 2013:21-28)”⁶*.

Son indicadores inespecíficos de violencia: señales físicas, conductuales o emocionales que pueden sugerir que NNA estén sufriendo una situación de violencia. Deben ser analizados en contexto y en equipo.

A título de ejemplo: angustia, irritabilidad, inhibición, alteraciones claras en el juego, o ausencia de juego en niñas y niños pequeños, trastornos del sueño y/o de la alimentación, quemaduras, accidentes domésticos, conductas sexualizadas no adecuadas para la edad, dificultades o bajo rendimiento escolar, o su contrario, exceso de horas de estudio en bibliotecas o muchas horas en el centro educativo, en niños/as mayores o adolescentes. (Sistema de Protección; SIPIAV 2016). Consumo abusivo de sustancias psicoactivas, robos, fugas, hetero o autoagresividad.

Se sugiere, referirse a los mapas de ruta de cada institución. Los indicadores deben ser detectados por los y las operadores/as y la evaluación de los indicadores debe ser realizada por los profesionales competentes. Estas situaciones por su propia dinámica pueden evolucionar a un riesgo alto, por lo que deben ser monitoreadas.

Primeras acciones:

Puesta en conocimiento de la situación detectada a la autoridad competente: de acuerdo a cada mapa de ruta sectorial.

Escucha y contención: a NNA, evitando la reiteración del relato o sucesivas revisiones.

Identificación de adulto protector: es deseable poder incluir en la respuesta a la situación a algún adulto referente, si lo hubiere, capaz de acompañar a NNA en la salida de la situación de violencia.

Articulación: interconexión entre distintos servicios que supone el reconocimiento de las competencias y capacidades de cada uno y la interdependencia que tienen entre sí para el logro de un objetivo común.

Diseño e implementación de estrategia para la interrupción de la violencia: mediante el diálogo colaborativo, la negociación y la puesta en común de vínculos, informaciones, conocimientos, recursos necesarios, es preciso concertar líneas de acción a transitar por los servicios involucrados; supone la evaluación de lo actuado y eventualmente la adecuación/ reformulación de la estrategia.

(Sistema de Protección; SIPIAV 2016).

Valoración del riesgo:

⁶ Sistema de Protección, SIPIAV 2016.

N N A	SITUACIÓN	PERSONA ADULTA AGRESORA	CONTEXTO
Edad Menor edad = Mayor riesgo)	Tipo de maltrato sufrido (Psicológico, Físico, Sexual, Patrimonial)	Incumplimiento de las medidas cautelares	Respuesta de los adultos/as protectores del entorno inmediato ante la situación de violencia
Discapacidad (crónicas o transitorias, físicas o mentales)	Entidad de las lesiones (físicas o emocionales)	Amenazas de represalia o de muerte	Inexistencia de personas adulta agresora protectores de referencia
Antecedentes comportamentales (conductas de riesgo hacia sí o terceros, abuso sustancias, IAE, etc)	Cronicidad de la situación.	Acceso o posesión de armas de fuego	Antecedentes de VD
Escasos recursos personales (intelectuales, afectivos, comunicación social, etc.)	Aumento de la intensidad, frecuencia e imprevisibilidad de la violencia	Abuso de alcohol u otras drogas	Antecedentes de hermanos internados por violencia
Estado de crisis emocional actual	Naturalización de los episodios de violencia	Trastornos psiquiátricos con pobre control de impulsos o graves patologías graves descompensadas	Denuncias anteriores por VD
	Intervenciones anteriores (actores que intervinieron y respuestas que se brindaron/brindan)	Historia de malos tratos en la infancia	
		Comportamientos violentos en otros ámbitos con implicancias legales o no.	

Anexo 7

Guía de Recursos en VD.

- 1.** Servicio de Violencia Domestica del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
Dirigido a mujeres en situación de violencia doméstica.
Dirección: Florida 1178. Teléfono: 0800 7272.
Horario: 9 a 17.
- 2.** División Estudio y Derivación - Instituto Nacional del Menor (DED-INAU).
Dirigido a mujeres con menores de edad a cargo.
Dirección: Paysandú 1844. Teléfono: 24002656.
- 3.** Unidades Especializadas de Violencia Doméstica (UEVD) de la Jefatura de Policía de Montevideo, Ministerio del Interior.
 - a) Centro: San José 1126. Tel: 29085580-29031053.
 - b) Paso Molino: Juan Pandiani 26 esq. San Quintín. Tel: 1522742.
 - c) Brazo Oriental: Cufre 3145. Tel: 1522361.
- 4.** Juzgado Especializado en Violencia Doméstica.
Dirección: Rondeau 1726 esq. Valparaíso.
Teléfonos: 2924 1937 - 2924 8782 - 2924 5365 - 2924 4851.
- 5.** Puerta de entrada del Ministerio de Desarrollo Social - Mides.
Para personas en situación de calle.
Dirección: Convención 1572. Teléfono: 29011278.
Horario: a partir de las 17.



Medicina
Personalizada

