



Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja en situaciones de emergencia

Programa de capacitación para los prestadores de servicios de salud

Guía para el facilitador



Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja en situaciones de emergencia

Programa de capacitación para los prestadores de servicios de salud

Guía para el facilitador

Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja en situaciones de emergencia: programa de capacitación para los prestadores de servicios de salud, guía para el facilitador

ISBN 978-92-4-010021-3 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-010022-0 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules/index.html>).

Formato de cita propuesta. Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja en situaciones de emergencia: programa de capacitación para los prestadores de servicios de salud, guía para el facilitador [Clinical management of rape and intimate partner violence in emergencies: training curriculum for health workers, facilitator guide]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <https://iris.who.int/>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, consulte <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación: Green Ink Publishing Services Ltd

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas y abreviaturas	v
Propósito y sinopsis	1
Primeros pasos	9
Sesión 0. Bienvenida y presentaciones	13
Sesión 1. Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública	17
Sesión 2. Mayor concienciación y comprensión en torno a la experiencia de las personas sobrevivientes	20
Sesión 3. Principios rectores de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia	26
Sesión 4. Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente	29
Sesión 5. Información sobre el entorno	31
Sesión 6. Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella	35
Sesión 7. Apoyo de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 1: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	38
Sesión 8. Asistencia de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 2: Mejorar la seguridad y Apoyar	41
Sesión 9. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis	44
Sesión 10. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación	48
Sesión 11. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia	52
Sesión 12. Salud mental y apoyo psicosocial	55
Sesión 13. Autocuidado y prevención del agotamiento	60
Sesión 14. Simulación clínica	62
Sesión 15. Examen forense (opcional)	65
Sesión 16. Conclusión	68
Bibliografía	70
Anexo 1. Horarios de la capacitación y programas modelo	72
Anexo 2. Preparar la capacitación de formadores	78
Anexo 3. Consejos para los facilitadores	81
Anexo 4. Realizar observaciones: contestar preguntas y actividades de representación de roles	82
Anexo 5. Entrega de diplomas o ceremonia (opcional)	84
Anexo 6. Material de lectura, recursos para los facilitadores, material de apoyo para los participantes y otros documentos	85
Anexo 7. Lista de control de materiales	88
Anexo 8. Herramientas para evaluar la capacitación y a los participantes	89
Anexo en línea A. Recursos para facilitadores, disponibles en: https://healthcluster.who.int/publications/m/item/manejo-cl%c3%adnico-de-las-personas-sobrevivientes-de-violaci%c3%b3n-y-de-violencia-de-pareja-en-situaciones-de-emergencia	
Anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes, disponible en: https://healthcluster.who.int/publications/m/item/manejo-cl%c3%adnico-de-las-personas-sobrevivientes-de-violaci%c3%b3n-y-de-violencia-de-pareja-en-situaciones-de-emergencia	
Paquete de diapositivas, disponible en: https://healthcluster.who.int/publications/m/item/manejo-cl%c3%adnico-de-las-personas-sobrevivientes-de-violaci%c3%b3n-y-de-violencia-de-pareja-en-situaciones-de-emergencia	

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de Acción Sanitaria Mundial quieren expresar su agradecimiento a los expertos, organizaciones y agencias que han contribuido a la planificación, elaboración y revisión del presente programa de capacitación.

Este programa es el resultado de una notable contribución técnica y de las iniciativas de colaboración del Equipo de Tareas sobre Salud Sexual y Reproductiva del Grupo de Acción Sanitaria Mundial. Se elaboró en el marco del subgrupo 7 del Equipo de Tareas sobre Salud Sexual y Reproductiva, que se centra en el fortalecimiento de los vínculos entre la esfera de salud sexual y reproductiva y la de violencia de género, bajo la coordinación de Save the Children International (SCI) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Un grupo de examen técnico compuesto por las organizaciones asociadas del subgrupo 7 revisó las distintas versiones preliminares, comprobó los datos y las pruebas, aportó ejercicios y recursos de capacitación y proporcionó orientaciones sobre la elaboración general del programa. Los representantes se citan siguiendo el orden alfabético de las

organizaciones a las que representan y los apellidos de cada persona: Comité Internacional de Rescate (Estados Unidos de América): Sanni Bundgaard, Geoffrey Luttag; SCI (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte): Sarah Ashraf (coordinadora adjunta), Nancy Ibrahim; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza): Sandra Harlass; UNFPA (Suiza): Suhaila Aboud (coordinadora adjunta), Kathleen Mitchell (coordinadora adjunta); Avni Amin, Saba Zariv.

Avni Amin y Saba Zariv dirigieron la preparación del programa y supervisaron la elaboración del texto final. Rebecca Herman (consultora) fue la encargada de redactar el programa. SCI Nigeria y UNFPA Nigeria realizaron una prueba piloto del programa en Kano (Nigeria) entre el 4 y el 8 de marzo de 2024. La capacitación piloto fue impartida por: Saidu Buba Mshelia, Ministerio de Salud y Servicios Humanos del Estado de Borno (Nigeria); Nancy Ibrahim, SCI (Reino Unido); y Matthew Onoja, UNFPA (Nigeria). El personal sanitario que participó en la capacitación proporcionó valiosas aportaciones y comentarios.

Siglas y abreviaturas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ANIMA	Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad y Apoyar
IASC	Comité Permanente entre Organismos
IAWG	Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis
IRC	Comité Internacional de Rescate
ITS	infección de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PPE	profilaxis postexposición
PSIM	paquete de servicios iniciales mínimos
SCI	Save the Children Internacional
SR	salud reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VG	violencia de género
VP	violencia de pareja

Formas abreviadas de los recursos a los que se hace referencia con frecuencia en estas directrices:

Manual sobre el maltrato infantil: *Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud* (OMS, 2022; disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57102>)

Manual clínico: *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico* (OMS, 2014; disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>)

Directrices en materia de tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja: *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria* (OMS, UNFPA, ACNUR, 2020; disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/354575>)

Directrices en materia de abuso sexual infantil: *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS* (OMS, 2017; disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>)

PSIM para la salud sexual y reproductiva: *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Sexual y Reproductiva* (IAWG; disponible en: <https://cdn.iawg.rygn.io/documents/IAWG-Misp-v87-Spanish-web2.pdf>)

Propósito y sinopsis

La violencia sexual, que incluye la violación y la violencia de pareja, constituye una amenaza urgente contra la salud y el bienestar a la que hay que ofrecer respuesta y tratamiento, también en tiempos de crisis. La violencia sexual y la violencia de pareja están muy extendidas en todo el mundo, y se ha demostrado globalmente que aumentan en épocas de estrés, crisis y conflicto.

Además, si bien desde el punto de vista de los derechos humanos existe el imperativo de abordar la violencia de género de forma integral, en particular desde el sistema sanitario, las repercusiones de las agresiones sexuales y la violencia de pareja sobre la salud, de carácter urgente, justifican la inclusión de servicios específicos de respuesta en el paquete de servicios de salud mínimos esenciales que se deben garantizar, independientemente de la fase, la gravedad o la magnitud de la emergencia.

Este imperativo de aplicar un tratamiento clínico de casos de violación y de responder y actuar ante la violencia de pareja se refleja en todas las normas interinstitucionales. Para más información, véase la lista de recursos de la derecha.

El diseño de este programa de capacitación busca proporcionar al personal sanitario que trabaja en situaciones de emergencia humanitaria las competencias básicas necesarias para responder ante casos de agresión sexual y violencia de pareja.

Los participantes aprenderán a prestar una atención clínica centrada en la persona sobreviviente, que incluye el apoyo de primera línea a través del modelo ANIMA (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad y Apoyar), y las remisiones a otros servicios que no puedan prestarse *in situ*. Los participantes se prepararán para reflexionar sobre sus propias actitudes y comprender las experiencias de las personas sobrevivientes. Los participantes también tendrán la oportunidad de reflexionar y sopesar cómo implantar el paquete mínimo de servicios de salud para sobrevivientes de violencia de género con base empírica en medio de una emergencia humanitaria.

El programa de capacitación complementa otros recursos orientados a fortalecer la respuesta del sistema sanitario ante casos de violencia de género en épocas de relativa estabilidad.

La principal fuente de contenido de este programa de capacitación son las directrices en materia de tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, que figuran a la derecha. En casos concretos, cuando la información o las herramientas se hayan extraído de la publicación de la OMS de 2014, *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico* (disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>; en lo sucesivo, "Manual clínico"), y

no estén incluidas en las directrices en materia de manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia de pareja, esta publicación citará como fuente al Manual clínico. El contenido de las directrices clínicas de las dos fuentes es idéntico. Se recomienda a los facilitadores que proporcionen a los participantes las directrices en materia de tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja y el Manual clínico y los señalen como lectura obligatoria previa o simultánea a la capacitación.

Guía de establecimiento de normas para la respuesta sanitaria ante la violencia de género

- La Norma de salud sexual y reproductiva 2.3.2 de 2018 de la Asociación Esfera: violencia sexual y tratamiento clínico de la violación, págs. 366-368 en: *El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, cuarta edición. Ginebra: Asociación Esfera; 2018 (<https://www.spherestandards.org/es/manual-2018/>).
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240001411>) (en lo sucesivo, "Directrices CMRIPV").
- Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG). Objetivo 2. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes. En: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la salud sexual y reproductiva (<https://cdn.iawg.rgyn.io/documents/IAWG-Misp-v87-Spanish-web2.pdf>) (en lo sucesivo, "PSIM para la salud sexual y reproductiva").
- *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación*. Nueva York: Comité Permanente entre Organismos; 2015 (<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2017/11352.pdf>).

¿A quién va dirigida esta formación?

Este curso de capacitación está dirigido al personal sanitario en activo que va a prestar asistencia en situaciones de emergencia humanitaria. La formación está diseñada para aprovechar la capacidad de reflexión crítica de los participantes y la aplicación de los contenidos al contexto local y a la estructura de prestación de servicios. Lo ideal sería que esta formación se impartiera a grupos de diferentes tipos de trabajadores sanitarios (médicos, enfermeros, parteras, paramédicos, trabajadores sociales y asesores y psicólogos clínicos)¹ que vayan a formar parte del equipo o equipos de respuesta que prestarán servicio en una misma zona geográfica. Al formarse juntos, los prestadores de servicios de salud pueden aprender a comunicarse y mejorar la eficacia del equipo en la prestación de asistencia.

Terminología elegida por las personas sobrevivientes

En consonancia con los principios rectores de una atención centrada en los sobrevivientes, debe animarse al personal sanitario a reproducir la terminología preferida y utilizada por la persona a la que están prestando el servicio.

Por ejemplo, si una mujer que ha sufrido una violación por parte de su pareja no utiliza el término violación, sino que dice que ha mantenido relaciones sexuales violentas y no consentidas, los prestadores de servicios de salud y asistencial deben utilizar la misma terminología. Si la persona sobreviviente a quien atienden tiene una deficiencia, se les debe instar a que le pregunten qué terminología prefiere para describirla, si no resulta evidente a partir de su presentación y exposición inicial. Estas preguntas deben formularse siempre de forma breve, directa y sin prejuicios.

La terminología es importante

Este conjunto de actividades de capacitación se centra en el tratamiento clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia de pareja en contextos humanitarios.

“Violencia de género” es un término genérico que abarca la violación, la violencia de pareja y la violencia sexual, así como otras formas de violencia perpetradas sobre la base y a través de desequilibrios de poder entre hombres y mujeres. Aunque las primeras sesiones de este curso proporcionan información general sobre los factores que favorecen la violencia de género, su prevalencia y sus repercusiones, el programa de capacitación se centra en su mayor parte en el tratamiento clínico de las personas sobrevivientes de agresiones sexuales, en particular violaciones, y violencia de pareja en situaciones de emergencia humanitaria.

En este paquete de formación, se utiliza el término **sobreviviente**, en lugar de “víctima”, para indicar que la persona que ha sufrido violencia tiene capacidad de acción, autonomía y poder, así como para mitigar el estigma. En muchas sesiones, “sobreviviente” se utiliza también para reflejar que pueden ser personas con cualquier identidad de género quienes necesiten una respuesta de primera línea y tratamiento clínico de casos de violación.

El término **violencia sexual** se refiere a “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o actos de tráfico, o dirigidos de cualquier otro modo contra la sexualidad de una persona mediante la coacción, por parte de cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Incluye obligar a las personas a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales que no desean, dañar a alguien durante las relaciones sexuales (por ejemplo, estrangulamiento o sexo violento) u obligarlas a mantener relaciones sexuales sin protección frente a embarazos o infecciones”².

La violencia sexual incluye la **violación**, que implica la penetración no consentida —aunque sea leve— de la vulva, la boca o el ano utilizando un pene, otra parte del cuerpo o un objeto. La tentativa de hacerlo se conoce como intento de violación. El término **agresión sexual** se utiliza con frecuencia de manera intercambiable con los de “violación” e “intento de violación”, si bien “violación” es un término legal. En muchos entornos, la definición legal de “violación” está más acotada que la definición clínica y puede excluir determinados actos (por ejemplo, las relaciones sexuales forzadas entre hombres, el sexo anal, la penetración oral o la penetración con dedos u objetos). Estos actos son igualmente relevantes desde el punto de vista clínico y requieren evaluación y tratamiento.

El personal sanitario en contextos humanitarios debe tener en cuenta, asimismo, que no todos los actos de violencia sexual conllevan necesariamente que se requieran determinadas intervenciones clínicas, como la anticoncepción de emergencia, pero, aun así, la persona sobreviviente podría necesitar apoyo de primera línea. Entre los actos de esta categoría, se pueden incluir los tocamientos; obligar a alguien a desnudarse, ver pornografía o presenciar una masturbación; o eyacular sobre una persona.

La **violencia de pareja** se refiere a la violencia ejercida por una pareja íntima actual o una expareja. La violencia de pareja puede incluir violencia física, abuso psicológico y violencia sexual.

Niños, niñas y adolescentes: en este conjunto de actividades de capacitación, las particularidades relativas a niños, niñas y adolescentes se refieren a sobrevivientes de hasta 17 años. Por otra parte, las directrices de tratamiento clínico y el material de apoyo para adultos se refieren a

1 "Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/dek/classifying-health-workers.pdf>).

2 *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/85240>).

pacientes de 15 años o más. Somos conscientes de que, en las distintas jurisdicciones, la edad de consentimiento sexual y la edad a la que los niños pueden dar su consentimiento informado para procedimientos médicos varía en función de la edad de quién es considerado legalmente un niño. Por lo tanto, es importante que, en cada contexto, al adaptar estos materiales, los facilitadores estudien con el personal sanitario y los administradores sanitarios locales qué procedimientos son aplicables, también en lo tocante a las obligaciones legales y la participación de los progenitores y cuidadores. Además, los facilitadores tendrán que formar al personal sanitario para que adapte los contenidos teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo y la madurez cognoscitiva de niños, niñas y adolescentes. En muchos contextos, las adolescentes casadas (15-19 años) son atendidas a todos los efectos como mujeres adultas cuando necesitan atención sanitaria.

Capacitación para adquirir competencias

Se trata de un curso de capacitación para adquirir competencias que permite a los participantes desarrollar los conocimientos y destrezas necesarios para prestar una atención integral y de alta calidad durante una crisis y en el período de recuperación, en situaciones en las que los servicios sanitarios habituales pueden estar interrumpidos o resultar inaccesibles porque la población está en movimiento, debido a desplazamientos, o en campamentos de refugiados. Cada sesión fomenta destrezas y competencias diferentes, que se definen al principio de la sesión. La adquisición de destrezas es acumulativa, y todas las competencias de la sesión contribuyen a cuatro objetivos básicos.

Objetivos principales

1. Que los participantes entiendan que la violencia sexual y la violencia de pareja son una cuestión que atañe a la atención de la salud.
2. Que los participantes muestren conductas y asuman valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.
3. Que los participantes muestren destrezas asistenciales adecuadas al ámbito de su práctica para responder ante casos de agresión sexual y violencia de pareja en situaciones de emergencia.
4. Que los participantes descubran cómo acceder a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial a disposición de sus pacientes.

“Las competencias engloban las capacidades de una persona para integrar conocimientos, destrezas y actitudes en el desempeño de su labor en un contexto determinado. La capacitación para adquirir competencias abarca un enfoque de la preparación [del personal sanitario] para la práctica que se orienta fundamentalmente a la capacidad de obtener resultados y se organiza en función de las competencias. Resta importancia a la formación temporal y favorece una mayor responsabilidad, flexibilidad y orientación al alumnado”³.

En este curso, somos conscientes de que el personal sanitario puede tener diferentes niveles de destreza y distintos grados de experiencia y conocimientos sobre el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja. Para los prestadores de servicios de salud que no tengan conocimientos previos, o cuyos conocimientos sean limitados, puede ser conveniente disponer de más tiempo hasta sentirse seguros de que han adquirido las destrezas necesarias para atender a las personas sobrevivientes. Por otra parte, en los contextos donde los recursos son escasos, incluidas las situaciones de crisis, no siempre es factible reunir al personal sanitario para afrontar largos períodos de formación.

Por lo tanto, al poner en práctica esta capacitación, lo principal debe ser garantizar que los participantes consigan desarrollar las competencias básicas, señaladas en cada sesión, según corresponda a su ámbito y contexto de trabajo. Determinados cuadros de personal sanitario —los que no tienen competencias para realizar exploraciones físicas o suministrar tratamiento médico (por ejemplo, trabajadores sociales o psicólogos clínicos)— no deben participar en las sesiones 8-11.

Las competencias basadas en los conocimientos también se pueden adquirir de manera autodidacta utilizando métodos de aprendizaje en línea como el *programa iLearn en materia de manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia de pareja*⁴. Las competencias basadas en destrezas pueden requerir prácticas repetidas, interactivas, presenciales y supervisadas.

Es importante reconocer que la capacitación puntual no es suficiente para adquirir competencias, y que otros enfoques —como los cursos de actualización, la mentoría clínica, la supervisión basada en el apoyo y el uso de materiales de apoyo— sirven para mejorar el desempeño del personal sanitario y la calidad de la atención.

Los facilitadores deben evaluar la adquisición de competencias por parte de los participantes a medida que avanza la capacitación, además de realizar distintos tipos de evaluaciones al terminarla. Los métodos de evaluación pueden incluir la observación de ejercicios de representación de roles y la revisión de historias clínicas de pacientes. En

3 *Global competency and outcomes framework for universal health coverage*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352711>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja – Programa iLearn*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://healthcluster.who.int/newsroom/news/item/01-07-2021-clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors-ilearn-course>).

la sesión 14, se incluye una lista de verificación que los facilitadores pueden utilizar para facilitar la evaluación continua de las competencias durante la capacitación. También se puede realizar una evaluación previa a la capacitación.

El aprendizaje es un proceso continuo. Una vez superada la capacitación inicial, se insta a los participantes a buscar oportunidades de mentoría clínica, aprendizaje en el puesto de trabajo y supervisión basada en el apoyo. También deben consultar los materiales de apoyo para reforzar sus conocimientos. La supervisión basada en el apoyo adquiere especial importancia cuando se pide al personal sanitario que preste asistencia en una especialidad distinta a la suya. En un contexto de asistencia humanitaria, esto es fundamental, ya que es muy probable que se pida al personal sanitario que asuma servicios de atención clínica que no correspondan a su especialidad, debido a las circunstancias.

Aunque la supervisión basada en el apoyo es esencial en todos los aspectos de la atención clínica, resulta especialmente importante cuando se pide al personal sanitario de primera línea que preste servicios de salud mental y apoyo psicosocial a las personas sobrevivientes. La supervisión puede realizarse mediante modalidades a distancia o virtuales.

Planificación de la distribución del tiempo

El diseño de este programa de capacitación permite una aplicación flexible. En virtud de la diversidad de contextos que suscitan emergencias humanitarias (y en los cuales tienen lugar las emergencias), este conjunto de actividades de capacitación sugiere vías para ampliar o reducir cada sesión, así como para minorar el número de ejercicios participativos de una sesión determinada.

La capacitación en estas competencias básicas puede llevarse a cabo en varios días sucesivos o en sesiones periódicas a lo largo de varias semanas (por ejemplo, a través de un modelo de formación de dosis bajas y alta frecuencia).

Sobre el terreno, se han impartido capacitaciones en torno al tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja en períodos de entre 18 y 30 horas, en función de la viabilidad y los recursos. Cabe destacar que una capacitación de menos de 12 horas no proporcionará la práctica clínica suficiente como para considerarse una capacitación para adquirir competencias, aunque puede aumentar la concienciación sobre el problema y aportar conocimientos sobre cómo actuar.

En el [anexo 1](#), se ofrecen programas y horarios a modo de ejemplo. Los programas y horarios definitivos deben reflejar las costumbres locales en relación con las comidas, las pausas y las necesidades de los participantes con respecto a otras responsabilidades profesionales y personales, así como las consideraciones sobre la seguridad. Los programas y horarios definitivos también deben plasmar las adaptaciones al contexto, así como la experiencia y el ámbito

de trabajo de los participantes. El personal sanitario que esté respondiendo activamente a una crisis mientras realiza esta formación estará sometido a una enorme tensión. Tener en cuenta sus necesidades es primordial.

Adaptación al contexto

No hay dos crisis iguales. Este conjunto de actividades de capacitación incluye contenidos mínimos, competencias básicas, información y recursos normalizados y una serie de ejercicios para la práctica de destrezas. Sin embargo, es fundamental que los responsables de impartir la capacitación dediquen tiempo a adaptarla al contexto local.

Esta capacitación se ha desarrollado como un plan de estudios acumulativo, con ejercicios y estudios de caso que se basan unos en otros. Siempre se debe prestar especial atención al espaciado y la presentación de los contenidos, para garantizar que los participantes practiquen y dominen las nuevas destrezas antes de aprender otras. Cuando adapte el programa de la capacitación a las necesidades y el contexto locales, asegúrese de que el orden de las sesiones sea el mismo.

Las adaptaciones pueden ser necesarias por motivos muy diversos. Por ejemplo, en la fase aguda de una emergencia, puede ser necesario ofrecer una versión de dosis bajas y alta frecuencia de este programa de capacitación, para así adaptarse a las mayores exigencias que se le plantean al personal sanitario.

En aquellos contextos en los que se haya activado el sistema de grupos temáticos, será importante involucrar al grupo temático de salud o al grupo de trabajo sobre salud sexual y reproductiva, si se ha establecido, así como al grupo temático de protección y al subgrupo de violencia de género para contextualizar e impartir el contenido sobre mecanismos y vías de remisión.

En una crisis prolongada, puede que sea posible integrar información adicional sobre servicios de remisión a medio y largo plazo. Las crisis prolongadas también justifican que se redoblen los esfuerzos para fortalecer la capacidad institucional, incluidos los sistemas y organizaciones de salud locales, para ofrecer una respuesta sostenida al tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja.

También se pueden citar como ejemplos de adaptación la adecuación del curso a las necesidades y limitaciones del personal sanitario que trabaja en centros de atención primaria o quienes trabajan en servicios terciarios, o bien a las directrices nacionales sobre prestación de servicios, requisitos de notificación obligatoria, etc.

Cuando se trabaja en entornos en los que el personal sanitario atiende a poblaciones multilingües, puede ser importante que la capacitación se imparta en los distintos idiomas, o bien incluir intérpretes médicos en la formación sobre tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, a fin de garantizar una atención centrada en las personas sobrevivientes en contextos en los que los usuarios y el personal sanitario no hablen el mismo idioma.

Lo ideal es que los facilitadores que impartan la capacitación lo hagan en la lengua de los participantes. Cuando no sea posible, recuerde reservar tiempo para la traducción y para que los participantes puedan practicar sus destrezas de asesoramiento e investigación en su primera lengua.

Asegúrese, como mínimo, de que el contenido esté adaptado al entorno donde ejerzan su labor los participantes. La sesión 5, en particular, contiene una cantidad considerable de contenido que se debe adaptar al contexto, la legislación y la normativa locales. La 14 es una sesión de conclusión basada en metodologías de simulación clínica. Los facilitadores disponen de una serie de opciones que permiten impartir esta sesión utilizando maniquíes o voluntarios que lleven accesorios, como fotos pegadas con cinta adhesiva.

Aprendizaje centrado en los participantes

Este programa de capacitación utiliza un enfoque activo, colaborativo e inductivo para la enseñanza y el aprendizaje. También conocido como educación centrada en el participante, el aprendizaje centrado en el participante recalca la idea de que el alumno es un participante activo. El aprendizaje centrado en el participante implica activamente al alumno siempre que es posible, en lugar de depender únicamente de los facilitadores.

Se anima a los organismos, gobiernos y organizaciones interesados en utilizar este curso de capacitación a que utilicen la nota de orientación para la formación de capacitadores (anexo 2) como base para la preparación de una cohorte de facilitadores cualificados. Todas las sesiones de capacitación en directo deben contar con facilitadores capacitados con experiencia previa en el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja.

Si las limitaciones de recursos lo exigen, se pueden formar parejas compuestas por un facilitador con menos experiencia y un capacitador más experimentado en el ámbito del tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja.

Hacia una atención inclusiva y respetuosa

La OMS, el IASC y las Naciones Unidas reconocen la importancia de unos servicios inclusivos y equitativos. Este programa de capacitación se ajusta a los principios rectores de la OMS en materia de equidad sanitaria, inclusión de la discapacidad, igualdad de género y derechos humanos:

- **Basado en datos fidedignos:** este programa de capacitación sigue la información disponible para establecer las prioridades de servicio y tratamiento en contextos de emergencia. Si los datos sobre el mejor tratamiento o las directrices de prestación de servicios para determinados grupos de interés se están empezando a perfilar, se presentan directrices para las poblaciones que se suelen ver más afectadas por las agresiones sexuales y la violencia de pareja: las mujeres y las niñas en edad fértil.

- **Centrado en los sobrevivientes:** se facilita la práctica de destrezas, que tiene como objetivo desarrollar las competencias del personal sanitario con respecto a la atención centrada en las personas sobrevivientes.
- **No dejar a nadie atrás:** este principio entraña la adopción de medidas que permitan, en primer lugar, llegar a las poblaciones que se enfrentan a formas de discriminación múltiples e interrelacionadas y que sufren, por lo tanto, un mayor riesgo de violencia y, en segundo lugar, satisfacer sus necesidades específicas. Esto incluye atender las necesidades de las personas con discapacidad, las minorías étnicas, los niños, niñas y adolescentes y las personas de género diverso.
- **No hacer daño:** cada una de las recomendaciones y destrezas recogidas en este curso se desarrollaron teniendo en cuenta el principio fundamental de la atención sanitaria y de todo servicio ofrecido a quienes han sobrevivido a agresiones sexuales y violencia de pareja. La capacitación tiene que enfatizar, como mínimo, que el personal sanitario se debe esforzar por no hacer daño y dar prioridad a la seguridad de las personas sobrevivientes.

Oradores invitados y especialistas

Para reforzar el curso, se puede contar con la participación de oradores invitados o expertos de otros sectores. Los oradores invitados pueden aportar claridad sobre temas que quizás excedan los conocimientos y experiencia de los facilitadores principales. Repase con los oradores invitados los objetivos de aprendizaje de la sesión en la que vayan a participar.

Podría invitar, por ejemplo, a:

- un jurista que hable sobre las leyes relativas a la violencia sexual y la violencia de pareja y las obligaciones jurídicas del personal sanitario (véase la sesión 5);
- un experto en salud mental que ofrezca orientaciones adicionales y dé a los participantes la oportunidad de hacer preguntas sobre la atención de la salud mental (sesión 12);
- un representante de una organización de la sociedad civil que gestione espacios seguros o preste ayuda para la subsistencia a las mujeres y niñas de la comunidad (o comunidades), para que comente los servicios de apoyo disponibles;
- altos responsables políticos o de la salud que muestren su compromiso con la respuesta ante las agresiones sexuales y la violencia de pareja en el conjunto de la acción humanitaria;
- un miembro del grupo de trabajo sobre salud sexual y reproductiva (si se ha establecido), del grupo temático de salud, del subgrupo de violencia de género o del equipo local de preparación para situaciones de emergencia.

El cuadro 1 ofrece un resumen del curso.

Cuadro 1. Resumen del curso: objetivos y competencias previstas por sesión

Sesión n.º	Título, objetivos y competencias
1	<p>Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública</p> <p><i>Objetivo 1:</i> demostrar conocimientos generales sobre la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer las características epidemiológicas de las diferentes formas de violencia de género a escala mundial y local, en particular en contextos de asistencia humanitaria.• Conocer las consecuencias para la salud de la violencia sexual y de la violencia de pareja para diferentes grupos demográficos.• Conocer el papel y las limitaciones del personal sanitario en la respuesta ante las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia humanitaria, incluidos los servicios mínimos esenciales de respuesta a la violencia sexual que forman parte del PSIM para la salud sexual y reproductiva.
2	<p>Mayor concienciación y comprensión en torno a la experiencia de las personas sobrevivientes</p> <p><i>Objetivo 2:</i> mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Ser consciente de las propias creencias, suposiciones, posibles sesgos y respuestas emocionales que pueden afectar a las interacciones con las personas sobrevivientes.• Comprender las circunstancias y los obstáculos a los que se enfrentan las personas sobrevivientes a la hora de buscar ayuda.• Reconocer la importancia de mostrar empatía hacia las personas sobrevivientes.
3	<p>Principios rectores de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia</p> <p><i>Objetivo 2:</i> mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer los principios rectores de la atención centrada en las personas sobrevivientes y aplicarlos respetando las particularidades culturales del entorno.• Aprender a aplicar en el ejercicio de su labor los principios rectores de la atención centrada en las personas sobrevivientes.• Descubrir cómo refuerza el apoyo de primera línea, o modelo ANIMA, la atención centrada en las personas sobrevivientes.
4	<p>Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente</p> <p><i>Objetivo 2:</i> mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicarse con empatía y eficacia con pacientes y sobrevivientes.• Descubrir de qué maneras la discriminación a la que se enfrentan las personas sobrevivientes (por su idioma, etnia o identidad de género, entre otros aspectos) puede condicionar su acceso a la atención y su experiencia en este ámbito.
5	<p>Información sobre el entorno</p> <p><i>Objetivo 4:</i> demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Comprender el papel de los servicios de remisión en la atención a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja.• Conocer el contexto jurídico y político, en particular las obligaciones jurídicas del personal sanitario.

Sesión n.º	Título, objetivos y competencias
6	<p>Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Comprender las normas mínimas que se deben establecer para que el personal sanitario pueda identificar la violencia de pareja y ofrecer una respuesta adecuada. Reconocer los signos y síntomas que pueden revelar casos de violencia de pareja en distintas citas asistenciales, en particular las consultas de salud reproductiva y salud mental. Mostrar las vías más oportunas para plantear preguntas en torno a la violencia de pareja.
7	<p>Apoyo de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 1: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer el contenido del apoyo de primera línea (ANIMA). Mostrar destreza para ofrecer los tres primeros componentes (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones) del apoyo de primera línea a las personas sobrevivientes que revelen haber sufrido abusos.
8	<p>Apoyo de primera línea mediante (ANI)MA, parte 2: Mejorar la seguridad y Apoyar</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Objetivo 4:</i> demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Demostrar las destrezas necesarias para evaluar el riesgo o la seguridad inmediatos y apoyar la planificación de la seguridad, en particular en el caso de niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales. Reconocer los recursos disponibles en la comunidad y a través de la respuesta humanitaria coordinada. Ser capaz de colaborar con los asociados para ayudar a las personas sobrevivientes a acceder a otros servicios y para ofrecerles derivaciones. Mostrar destreza para facilitar la remisión directa, siempre que sea posible.
9	<p>Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer el proceso de cuatro pasos para obtener el consentimiento informado. Mostrar destreza para elaborar una anamnesis, incluidas las de niños, niñas o adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales.
10	<p>Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Saber realizar la exploración de una mujer o un hombre sobrevivientes de una agresión sexual teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo de edad. Saber cómo documentar una agresión sexual de forma segura y confidencial.
11	<p>Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Saber ofrecer el tratamiento o la asistencia adecuados a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales, incluidos los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes.

Sesión n.º	Título, objetivos y competencias
12	<p>Salud mental y apoyo psicosocial</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Objetivo 4:</i> demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la prestación de servicios básicos de salud mental y apoyo psicosocial. • Saber dónde remitir a los pacientes para que reciban servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
13	<p>Autocuidado y prevención del agotamiento</p> <p><i>Objetivo 4:</i> demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber cómo acceder al autocuidado y cómo ponerlo en práctica en un contexto de crisis. • Saber cómo apoyar a otros prestadores de servicios de salud que puedan estar enfrentándose a un trauma vicario por trabajar con sobrevivientes o experimentando estrés relacionado con los efectos de la situación de emergencia en sus propias vidas.
14	<p>Simulación clínica</p> <p><i>Objetivo 2:</i> mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar un adecuado razonamiento clínico para responder a los deseos y necesidades de las personas sobrevivientes. • Mostrar comprensión de las limitaciones de los servicios ofrecidos a las personas sobrevivientes en contextos específicos.
15	<p>Examen forense (opcional)</p> <p><i>Objetivo 3:</i> demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p><i>Competencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber cuándo y cómo recoger pruebas forenses.
16	<p>Conclusión</p>

Primeros pasos

En esta guía del facilitador, se ofrecen instrucciones sobre cómo sacar el máximo provecho de este conjunto de actividades de capacitación. A continuación, encontrará una serie de orientaciones iniciales para ponerse en marcha.

- Siga la guía. Para elaborar este programa de capacitación, contamos con aportaciones de expertos y formadores y realizamos pruebas piloto con personal sanitario que estaba prestando servicio en crisis humanitarias. Se desarrolló teniendo en cuenta la opinión de facilitadores expertos con distintos grados de conocimiento en torno a la violencia de género y de expertos en violencia de género con diferentes capacidades como facilitadores. Las personas que cuenten con una amplia experiencia en la facilitación de capacitaciones sobre violencia sexual y violencia de pareja, así como en la respuesta sanitaria en escenarios humanitarios, podrán aportar distintos ejemplos y puntos de vista a los participantes.
- Antes de poner en práctica esta capacitación o si está preparando a facilitadores relativamente inexpertos para que impartan este programa de capacitación, lea los anexos de la guía. El [anexo 3](#) contiene consejos generales para la capacitación y la facilitación. El [anexo 4](#) contiene información especialmente importante sobre cómo facilitar la representación de roles.
- En cada sesión, los formadores encontrarán notas para agilizar la impartición y consejos relativos a la labor de facilitación. Su propósito es fomentar un aprendizaje activo y centrado en los participantes.
- Muchas de las diapositivas incluyen notas de intervención y proporcionan información adicional para que los facilitadores la compartan.
- Las sesiones están ordenadas de tal manera que se transita sistemáticamente desde la comprensión del problema a la asimilación gradual de los conocimientos y destrezas necesarios para la atención clínica. Esta estructura favorece la reflexión profunda y refuerza la aplicación de los conocimientos y destrezas adquiridos en sesiones anteriores.
- La estructura de las sesiones permite a los facilitadores:
 - » ofrecer contenidos e información clave de forma clara y concisa;
 - » facilitar el aprendizaje participativo mediante una serie de métodos interactivos (por ejemplo, representación de roles, estudios de caso, juegos);
 - » utilizar los debates guiados para estimular la reflexión crítica de los participantes en torno a las lecciones clave;
 - » resumir los mensajes principales de cada sesión.

¿Quién debe actuar como facilitador?

Los mejores facilitadores para esta capacitación serán quienes dispongan de la experiencia y los conocimientos siguientes:

- una formación clínica (medicina, enfermería, partería, trabajo social, asesoramiento, psicología), es un requisito para poder facilitar las sesiones de la 8 a la 11 y la 15;
- experiencia en la respuesta sanitaria ante casos de violencia sexual y violencia de pareja;
- experiencia trabajando en contextos de emergencia humanitaria;
- experiencia en capacitación, en particular en la moderación de debates interactivos y la aportación de comentarios constructivos.

Número de facilitadores

Esta capacitación requiere un mínimo de dos facilitadores. En caso de grupos formados por muchos participantes, se recomienda contar con más facilitadores.

Los facilitadores deben turnarse el papel de facilitador principal y facilitador de apoyo, alternándose entre sesiones, para reducir al mínimo el cansancio y ofrecer a los participantes distintos estilos de presentación. Estos papeles se describen a continuación.

Siempre que sea posible, al menos uno de los facilitadores deberá tener una amplia experiencia como formador y facilitador.

Papel del facilitador principal

- Presentar el contenido y moderar el debate.
- Moverse por la sala mientras se realice trabajo en grupo, a fin de supervisar la actividad y aportar comentarios.

Papel del facilitador de apoyo

- Controlar el tiempo.
- Pasar el micrófono a los participantes cuando sea necesario.
- Distribuir ejemplos de casos o materiales escritos, según sea necesario.
- Señalar las preguntas del grupo.
- Ofrecer otra perspectiva sobre las cuestiones planteadas en el grupo.
- Moverse por la sala mientras se realice trabajo en grupo, a fin de supervisar la actividad y aportar comentarios.

Preparación de la capacitación

La lista de verificación del cuadro 2 le puede ayudar a impartir la capacitación.

Cuadro 2. Lista de verificación para la preparación

<p>Conocer al alumnado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conozca a los participantes. Infórmese sobre el bagaje y las responsabilidades laborales actuales de los participantes y, si son miembros de un equipo, sobre las funciones que desempeñan en él. • Determine su experiencia y la formación previa que hayan recibido. Esto se refiere tanto a la experiencia específica en materia de agresiones sexuales y violencia de pareja como a la experiencia en la práctica clínica general. Si los participantes se han graduado no hace mucho, es posible que tenga que ampliar las sesiones para poder tratar correctamente las destrezas y conceptos clínicos fundamentales. • Tome conciencia de que ciertos aspectos del contenido pueden causar malestar a algunos participantes (véanse los consejos del anexo 3).
<p>Espacio, materiales y equipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio y equipo para reuniones. Si es posible, busque un espacio donde pueda utilizar equipos, como ayudas audiovisuales. Este equipo puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> » computadora; » proyector; » pizarra blanca; » micrófono con los altavoces o el sistema de sonido adecuados, si el tamaño de la sala lo requiere. • Disponga de un lugar de evasión. Ofrezca a los participantes una sala o un espacio alternativo donde puedan ir si experimentan malestar emocional durante la capacitación y necesitan abandonar la sala principal. Los facilitadores pueden utilizar este espacio para prestar apoyo práctico y emocional, de forma privada, a quienes participan en la capacitación. • Prepárelo todo con antelación. Organice la sala donde se vaya a impartir la capacitación antes de que comience la sesión y revise todo el equipo. Considere la posibilidad de utilizar equipos de reserva, como un pequeño generador, baterías de repuesto o un refugio donde se puedan proteger de las inclemencias del tiempo, si fuese necesario. • Disponga mesas. Organice la sala con mesas que acojan pequeños grupos (entre 5 y 7 personas), para favorecer al máximo la participación y el debate. No prepare la sala como si fuese a impartir una clase magistral, con filas de sillas. • Deje un espacio libre para los ejercicios en grupo. Varios ejercicios de este curso requieren que todos los participantes se muevan al mismo tiempo. Un espacio libre en la parte delantera o trasera de la zona destinada a la capacitación facilitará la realización de estos ejercicios.
<p>Calendario y personas invitadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elabore un calendario. En el cuadro 1, se muestra el orden de las sesiones, pero el calendario se puede modificar en función del tiempo disponible, el tipo de participantes, la experiencia de los participantes y las actividades complementarias que se pretendan llevar a cabo. • Reserve tiempo. Si necesita cambiar el horario sugerido, consulte la guía del facilitador para asegurarse de asignar tiempo suficiente a los debates, ejercicios, actividades de animación y descansos. • Convoque a los invitados. Decida si incluir personas invitadas entre los ponentes o el alumnado, además de cuándo y cómo hacerlo. • ¿Va a entregar certificados? Decida si va a otorgar certificados al finalizar el curso. Véase la sección relativa a la ceremonia o la entrega de certificados (anexo 5).
<p>Preparación del facilitador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales. Revise con antelación todo el material de formación, incluida la guía del facilitador (este documento), los recursos para el facilitador (anexo en línea A), los materiales de apoyo para los participantes (anexo en línea B), y las diapositivas. Esta guía del facilitador señala los puntos clave que se deben tratar en cada sesión. También se incluyen preguntas y preguntas de sondeo para establecer un debate semiestructurado. Preste especial atención a las instrucciones paso a paso de cada actividad. • Funciones de los facilitadores. Repase y convenga las funciones y responsabilidades en cada sesión. • Recordatorios y consejos esenciales. Repase los recordatorios esenciales (véase el cuadro 3), los consejos para una capacitación eficaz (anexo 2) y las orientaciones para los ejercicios de representación de roles (anexo 4).
<p>Preparación de los materiales y suministros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare el material de lectura y los documentos para los participantes (anexo 6). • Distribuya el Manual clínico y otros materiales de referencia con antelación. Tenga preparado el material que vaya a repartir en cada sesión. • Imprima el material de lectura y los documentos que vaya a distribuir en papel. Copie en memorias USB los archivos que vaya a distribuir en formato electrónico. • Hágase con los materiales (anexo 7). Asegúrese de que tendrá acceso a todo el material necesario para los ejercicios de la sesión. Si va a viajar para impartir la capacitación, tenga en cuenta los materiales que pueda necesitar llevar consigo.

Adecuación de la capacitación al entorno

- **Adapte** el material de la capacitación al contexto local, según sea necesario. Por ejemplo, los nombres de los personajes y de las localidades que aparecen en las fichas, en los ejercicios de representación de roles y en los materiales visuales se pueden adaptar. Habrá que actualizar varias diapositivas de la presentación para reflejar los datos o políticas locales. Las diapositivas que requieren adaptaciones contextuales se marcan con un icono de advertencia ▲ en la presentación, y se ofrecen más orientaciones en la guía para el facilitador. Revise y actualice estas diapositivas según sea necesario (p. ej., los ejemplos, los datos o el lenguaje) y elimine el icono una vez finalizadas las modificaciones.
- **Revise la terminología** de la guía del facilitador y **las diapositivas** para asegurarse de que los términos resulten adecuados al contexto local, y modifíquelos si fuese necesario.
- **Revise el contexto jurídico y político**, en particular las leyes, políticas y protocolos, relativo a la violencia sexual y la violencia de pareja. Se estudiará en la sesión 5. Hay varias diapositivas que se deben completar con las leyes y políticas vigentes en el plano local.
- **Mapee los servicios de apoyo** (utilice como referencia el cuadro de remisiones del Manual clínico).
- **Determine al menos un recurso de apoyo** que mencionar al principio de la sesión de orientación y que los participantes puedan utilizar, si lo necesitan, durante la capacitación.

Cuadro 3. Recordatorios básicos para quienes atienden a sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja

Autodeterminación: la decisión de la persona sobreviviente es fundamental

- Las preferencias y necesidades de la paciente o sobreviviente deben guiar la prestación de la atención en todo momento. Recuerde a los participantes, siempre que tenga ocasión, que confiamos en que la persona sobreviviente sepa cuál es la mejor manera de proceder en cada situación específica. Cada individuo es único y presenta necesidades y particularidades psicosociales complejas.

No culpe a la víctima y refute a quien lo haga

- Subraye que la violencia nunca es culpa de la persona sobreviviente.

Sesiones



Sesión 0. Bienvenida y presentaciones

Preparación e información general	
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>20 minutos (evaluación previa a la capacitación). <i>Si se dispone de poco tiempo, se puede entregar a los participantes para que la completen antes de la capacitación.</i></p> <p>60 minutos (contenido básico)</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Sesión 0, diapositivas 0.0 a 0.19• Ejercicio 0.1 Miedos y motivaciones en un sombrero
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Copias del cuestionario que se presentará a los participantes antes y después de la capacitación (opcional). Imprímalas desde el anexo 8.• Rotafolio u hojas de papel grandes• Dos sombreros, cuencos o cestas para el ejercicio• Notas adhesivas o tarjetas y cinta adhesiva• Bolígrafos (se necesitan en todas las sesiones, por lo que no se repetirá en la descripción de cada una)
Contenido de la sesión	
<p>Evaluación previa a la capacitación (opcional) (20 minutos)</p> 	<p>Si va a utilizar esta herramienta para evaluar los resultados de la capacitación, entregue a los participantes un cuestionario previo a la capacitación para que lo completen.</p> <p>Pida a los participantes que utilicen bolígrafos negros para sus respuestas (y deles bolígrafos rojos o verdes para el cuestionario posterior a la capacitación).</p>
<p>Presentaciones (10 minutos)</p> 	<p>Preséntese a sí mismo y a los demás facilitadores y especialistas, y describa brevemente su experiencia y formación.</p> <p>Explique que la sesión comenzará con la presentación de los participantes y un breve debate sobre los objetivos de aprendizaje de la capacitación.</p> <p>Invite a los participantes a formar parejas con las personas que estén a su lado (diapositiva 0.4). Pida a las parejas que dediquen unos 2 o 3 minutos a presentarse a sus compañeros (que digan cómo se llaman y expliquen lo que significa o representa su nombre en su cultura, además de señalar su función en la atención clínica y su afiliación institucional). En una sesión con todo el grupo, según el número de participantes y el tiempo disponible, pida a 3 o 4 parejas que presenten a sus compañeros al resto del grupo (1 minuto por pareja).</p> <p><i>Nota: aunque los participantes ya se conozcan, este ejercicio de presentación es útil para romper el hielo. Además, ofrece al facilitador la oportunidad de familiarizarse con los participantes. Se ofrece a modo de ejemplo; le animamos a buscar otras formas creativas de facilitar las presentaciones de los participantes, según convenga en su contexto.</i></p>

Presentar los objetivos generales de aprendizaje de la capacitación (15 minutos)



- Comente con los participantes la relevancia de la respuesta ante casos de violencia sexual y violencia de pareja en situaciones de emergencia humanitaria y explique por qué es importante esta capacitación, incluso aunque ya traten a sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja en su trabajo (diapositivas 0.5 a 0.12).

Mensajes clave:

- » En 2013, el Comité Permanente entre Organismos para la respuesta humanitaria mundial adoptó una posición respecto a la “Centralidad de la protección” para abordar la violencia de género como una cuestión central de la política de protección humanitaria⁵ (diapositiva 0.5).
- » Responder a las necesidades de las personas sobrevivientes de violencia sexual es un objetivo central del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva, al mismo nivel que garantizar el acceso continuado a los servicios esenciales de atención materna y neonatal o el acceso ininterrumpido a los servicios de planificación familiar o anticoncepción (diapositiva 0.6).
- » Todos los agentes que participan en la respuesta a situaciones de emergencia humanitaria (independientemente de la naturaleza de la crisis) tienen la obligación de poner en el centro y fortalecer las medidas de prevención y respuesta relativas a la violencia de género.
- » Prestar una atención centrada en la persona sobreviviente y basada en los derechos en casos de agresión sexual y violencia de pareja en un contexto de crisis plantea desafíos únicos y puede exigir enfoques creativos

- **Pida a los participantes que lean la situación hipotética presentada en la diapositiva 0.11.** Dedique unos minutos a escuchar dos o tres reflexiones sobre si la situación les resulta familiar, así como a observar las reacciones a los retos, preguntas y preocupaciones a los que se enfrenta el miembro del personal sanitario.

- **Haga lo mismo con la situación hipotética presentada en la diapositiva 0.12.**

Como resultado de esta capacitación, los participantes adquirirán las siguientes destrezas y conocimientos (diapositiva 0.13):

- Objetivo 1: demostrar conocimientos generales sobre la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública.
- Objetivo 2: mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.
- Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.
- Objetivo 4: demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos en situaciones de crisis.

PSIM para la salud sexual y reproductiva - Objetivo 2.2

Proporcionar atención clínica a las personas sobrevivientes de casos de violencia sexual y darles la posibilidad de remitirlas a otros servicios de apoyo

PSIM para la salud sexual y reproductiva - Objetivo 2.3

Garantizar espacios confidenciales y seguros dentro de los centros de salud para proporcionar a las personas sobrevivientes de casos de violencia sexual la atención clínica y las remisiones que sean oportunas

⁵ Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies. Área de responsabilidad de violencia de género; 2019 (<https://www.globalprotectioncluster.org/publications/224/training-materials/handbook-manual/handbook-coordinating-gender-based-violence>).

Presentación del programa y la logística (10 minutos)



Presente el programa y el contenido del curso. Projete el cuadro 1 o la versión modificada que vaya a seguir para impartir el curso. Presente brevemente el flujo de temas de la sesión para que los participantes comprendan cuál es su objetivo.

Explique que el formato de la capacitación es una mezcla de métodos de aprendizaje basados en clases y actividades.

Cuestiones prácticas. Ofrezca a los participantes información sobre el espacio de formación (por ejemplo, indíqueles dónde están los aseos y otros aspectos logísticos).

Indique que puede haber sobrevivientes de violencia sexual o violencia de pareja entre los participantes y señale cualquier otro factor estresante que les pueda afectar (diapositivas 0.14 a 0.16).

- por ejemplo: “Quiero recordar a todo el mundo que nuestros trabajos son extremadamente complicados y los realizamos en condiciones muy difíciles. Además, es posible que algunos de nosotros seamos sobrevivientes de casos de violencia. Muchos habremos sido testigos de violencia o habremos prestado apoyo a una persona sobreviviente de agresión sexual o violencia de pareja. Se ha habilitado un espacio tranquilo junto a la zona principal destinada a la capacitación. El espacio está a su disposición en todo momento, ya sea para tomarse un café o un té o para desconectar. Además, si creen que necesitan apoyo adicional, al fondo de la sala encontrarán una lista de recursos locales”.

Defina unas reglas básicas. Explique que es importante establecer una serie de reglas básicas para aprovechar al máximo el tiempo disponible y garantizar que todo el mundo se sienta seguro.

Pida a los participantes que sugieran reglas básicas para la capacitación. Escríbalas en un rotafolio.

Repáselas y añada los puntos que falten de la lista siguiente. A continuación, projete la diapositiva 0.18.

- Puntualidad, tanto en la asistencia como al expresar un punto de vista
- Aprendizaje y trabajo conjuntos
 - » Contribuir al logro de los objetivos: participar activamente, registrar los resultados de los talleres, ofrecerse voluntario para dirigir o facilitar ejercicios
- Respeto mutuo
 - » Escuchar con la mente abierta
 - » Permitir participar a todo el mundo
 - » Expresar los desacuerdos con respeto
 - » Aportar comentarios constructivos (empezando por lo positivo)
 - » No interrumpir a otros cuando estén hablando
- Espacio seguro
 - » Respetar la confidencialidad. Toda información personal que se comparta se queda en la sala
- Estar presente
 - » Utilizar dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles o computadoras portátiles, solo en caso de emergencia.

Ejercicio 0.1
Miedos y
motivaciones
en un
sombrero
(30 minutos)



Presente el ejercicio 0.1 Miedos y motivaciones en un sombrero⁶ (diapositiva 0.17).

Objetivos

- Reconocer y comprender las preocupaciones del personal sanitario con respecto a la atención a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja.
- Partir de las motivaciones y los puntos fuertes de los proveedores para abordar la violencia sexual y la violencia de pareja.

Instrucciones para los facilitadores

- **Entregue** a cada participante dos hojas de papel.
- **Disponga** dos sombreros, cuencos o cestas para que los participantes introduzcan sus notas. Etiquete uno con la palabra “Miedos” y el otro con “Motivaciones”.
- **Pida** a los participantes que escriban:
 - » en una hoja de papel, algo que les motive a responder ante casos de violencia sexual o violencia de pareja;
 - » en una segunda hoja de papel, un miedo que surja a la hora de responder a casos de violencia sexual o violencia de pareja.
- **Pida** a los participantes que doblen las hojas de papel y las metan en los sombreros, cuencos o cestas: los miedos en un recipiente; las motivaciones, en el otro.
- **Elija al azar** una respuesta del sombrero “Miedos” y léala al grupo. Analice el miedo con los participantes y pregúnteles qué se podría hacer para superarlo.

Repita el proceso dos o tres veces más, según el tiempo que tenga.

- A continuación, elija una respuesta del sombrero “Motivaciones” y léala al grupo. Analice la motivación con los participantes y pídale sugerencias sobre cómo se puede aprovechar para la capacitación.
- Repita el proceso dos o tres veces más, según el tiempo que tenga.
- Durante una pausa, **pegue todas las respuestas** en dos rotafolios distintos (obstáculos o miedos en uno y motivaciones en el otro), organizadas por temas o esferas generales, para consultarlas a lo largo de la capacitación.

Nota: conserve la hoja del rotafolio con los miedos y las motivaciones. Si es posible, colóquela en el espacio donde se imparte el curso. Volverá a abordar estas cuestiones en la sesión 16. Conclusión

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 0.19):

- A muchos prestadores de servicios de salud, les preocupa plantear el tema de la violencia a sus pacientes. Puede que teman que les haga recordar una experiencia como objeto o testigo de abusos, o quizás no se sientan capaces de ofrecer una respuesta ante un caso de violencia.
- Sin embargo, los datos sugieren que el solo hecho de que el personal sanitario plantee el tema de la violencia a los pacientes y les muestre empatía puede ser una fuente de recuperación para las personas sobrevivientes.
- A muchos de nosotros nos apasiona atender a los pacientes y garantizarles el acceso a la salud y la justicia. Esta energía positiva puede ser un estímulo para aplicar lo aprendido en esta capacitación a nuestra práctica clínica.
- En situaciones de emergencia humanitaria, resulta esencial ofrecer un servicio centrado en las personas sobrevivientes cuando responde a las agresiones sexuales y la violencia de pareja.

⁶ Adaptación de “Fear in a Hat”, un ejercicio concebido por Kelsey Hegarty.

Sesión 1. Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública

Preparación e información general	
Objetivos de aprendizaje y competencias 	Objetivo 1: demostrar conocimientos generales sobre la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública. Competencias: <ul style="list-style-type: none">• Conocer las características epidemiológicas de las diferentes formas de violencia de género a escala mundial y local, en particular en contextos de asistencia humanitaria.• Conocer las consecuencias para la salud de la violencia sexual y de la violencia de pareja para diferentes grupos demográficos.• Conocer el papel y las limitaciones del personal sanitario en la respuesta ante las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia humanitaria, incluidos los servicios mínimos esenciales de respuesta a la violencia sexual que forman parte del PSIM para la salud sexual y reproductiva.
Duración de la sesión 	45 minutos
Diapositivas y ejercicios 	<ul style="list-style-type: none">• Sesión 1, diapositivas 1.1 a 1.26
Materiales y documentos 	<ul style="list-style-type: none">• Material de apoyo 1a. El árbol de la violencia de género
Contenido de la sesión	
Antecedentes 	<ul style="list-style-type: none">• La violencia sexual y la violencia de pareja son importantes problemas de salud pública que afectan desproporcionadamente a las mujeres y las niñas. Tienen su origen en las desigualdades de género. Constituyen una violación de los derechos humanos. Casi una de cada tres mujeres y niñas de todo el mundo han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja, o bien violencia sexual por parte de alguien que no es su pareja, a lo largo de su vida. En contextos humanitarios, la exposición al riesgo de violencia sexual y violencia de pareja se puede ver exacerbada.• Los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual, sobre todo en situaciones de conflicto, y pueden sufrir violencia por parte de su pareja, aunque las tasas son más bajas y las repercusiones, diferentes. La violencia sexual contra los hombres en situaciones de emergencia tiende a ser cometida por otros hombres como forma de restarles poder a ellos, sus familias y sus comunidades. Los niños pueden correr el riesgo de sufrir abuso sexual infantil, que suele ser perpetrado por familiares u otros hombres a los que el niño conoce.• Las personas sobrevivientes tienen derecho a recibir la mejor atención sanitaria posible. El personal sanitario tiene la obligación de llevar a efecto este derecho y se encuentra en una posición única para apoyar a quienes han sido objeto de violencia. Puede crear un entorno seguro y confidencial que favorezca la revelación de un acto de violencia y ofrecer una respuesta empática, un tratamiento adecuado y la remisión a otros servicios de apoyo.

Presentación con diapositivas y debate guiado (45 minutos)



Vídeo



Utilice las diapositivas de la sesión 1 para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

Definiciones y formas de violencia de género (diapositivas 1.4 a 1.6)

- Lea en voz alta la definición mundial (diapositiva 1.4). Utilice este enlace para **reproducir el vídeo** (diapositiva 1.4): <https://youtu.be/3AF9Rjki0DE?si=nmGJuolWW8Vtev9W>
- La violencia de género adopta muchas formas. Pida a los participantes que reflexionen sobre las formas de violencia de género más frecuentes en su contexto e invite a voluntarios a compartirlas (diapositiva 1.5).
- La violencia de pareja es la forma más habitual de violencia de género en todo el mundo (diapositiva 1.7).
- Esta capacitación se centra en las destrezas y competencias clínicas para atender a las personas sobrevivientes de formas específicas de violencia de género, en concreto, las agresiones sexuales y la violencia de pareja.

Para entender la violencia de género, es necesario comprender la desigualdad de género y las relaciones de poder (diapositivas 1.8 a 1.12)

- Asegúrese de que los participantes sepan diferenciar género y sexo (diapositivas 1.8 y 1.9).
- Pida a los participantes que reflexionen en torno a cómo las relaciones desiguales de poder entre los géneros incrementan el riesgo de violencia de género. Pida a un voluntario que lea en voz alta la situación hipotética de la diapositiva 1.10. Dé cinco minutos a los participantes para comentar la situación con las dos o tres personas que tengan más cerca y, a continuación, pida a tres o cuatro voluntarios que compartan sus reflexiones. Indique a los participantes que consulten el material de apoyo 1a. El árbol de la violencia de género, que les servirá para reflexionar (junto con la actividad de la diapositiva 1.11).
- Haga un resumen sobre cómo afectan las relaciones desiguales de poder entre los géneros a los grupos de población que sufren otros tipos de discriminación, como por razones de edad o discapacidad, por pertenecer a un grupo indígena o por tener una identidad de género no binaria, y cómo aumenta el riesgo de violencia sexual y violencia de pareja para estos grupos (véanse las notas del orador de la diapositiva 1.11).
- Las relaciones desiguales de poder entre los géneros que benefician a los hombres y las normas masculinas también contribuyen a que la mayoría de los perpetradores de violencia sexual y violencia de pareja sean hombres (diapositiva 1.12).

Prevalencia y repercusiones de la violencia de género (diapositivas 1.13 a 1.18)

- Presente las estimaciones mundiales y regionales relativas a la violencia de pareja y la violencia sexual (diapositivas 1.14 a 1.17). (Actualice la diapositiva 1.17 con los datos de prevalencia locales o estimaciones específicas del contexto de la capacitación.)
- Destaque los grupos de población más vulnerables (por ejemplo, mujeres con discapacidad, mujeres indígenas, trabajadoras sexuales, personas trans o adolescentes) o especialmente relevantes en términos de respuesta sanitaria (por ejemplo, mujeres embarazadas).
- Subraye las numerosas consecuencias, a corto y largo plazo, para la salud física y mental de las personas sobrevivientes (diapositiva 1.18).

Papel del personal sanitario (diapositivas 1.19 a 1.24)

- Es habitual que los prestadores de servicios de salud se consideren un modelo de conducta en la comunidad, además de ser quienes proveen la atención confidencial (diapositiva 1.20).
- Es posible que las personas sobrevivientes necesiten apoyo emocional y consuelo y muestren una constante preocupación por su seguridad, cuestiones que se suman a sus necesidades en materia de salud (diapositiva 1.21).
- El papel de los prestadores de servicios de salud se centra en ofrecer una respuesta empática, apoyo y la remisión a los servicios que no puedan prestar (diapositiva 1.22). El personal sanitario y asistencial no es responsable de resolver todos los problemas de las personas ni de poner fin a la violencia, y tampoco debe tomar decisiones en nombre de las personas sobrevivientes (quienes necesitan ayuda para sentir que tienen más control y tomar sus propias decisiones) (diapositiva 1.23).
- Ignorar la violencia puede hacer daño. Por lo tanto, es importante examinar las posibles consecuencias que se derivan de las distintas conductas del personal sanitario (diapositiva 1.24).
- Indique a los participantes que lean los siguientes materiales de apoyo tras la sesión y los guarden para poder consultarlos en el futuro:
 - » Material de apoyo 1b. Superar los obstáculos a los que se enfrenta el personal sanitario al dar respuesta a la violencia sexual y la violencia de pareja
 - » Material de apoyo 1c. ¿Por qué es importante la respuesta del personal sanitario?

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 1.25):

- La violencia sexual y la violencia de pareja afectan a la salud física y mental de las personas sobrevivientes. Dado que se trata de formas de violencia de género muy extendidas, con repercusiones sobre la salud, la atención sanitaria a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja es un servicio esencial en situaciones de emergencia humanitaria.
- El personal sanitario desempeña un importante papel en la prestación de apoyo y atención a las personas sobrevivientes.
- Como prestadores de servicios de salud, podemos tener temores a la hora de abordar la violencia de género, pero muchos de nosotros tenemos un firme compromiso con la mejora de la salud y el bienestar de quienes acuden a nosotros y han sufrido o sufren violencia de género.

El propósito de esta capacitación es desarrollar los conocimientos, las destrezas y la confianza necesarios para ofrecer una respuesta eficaz a las personas sobrevivientes de violencia.

La atención clínica a las personas sobrevivientes de violencia sexual y su remisión a otros servicios forman parte del PSIM para la salud sexual y reproductiva (objetivo 2).

Sesión 2. Mayor concienciación y comprensión en torno a la experiencia de las personas sobrevivientes

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 2: mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser consciente de las propias creencias, suposiciones, posibles sesgos y respuestas emocionales que pueden afectar a las interacciones con las personas sobrevivientes. • Comprender las circunstancias y los obstáculos a los que se enfrentan las personas sobrevivientes a la hora de buscar ayuda. • Reconocer la importancia de mostrar empatía hacia las personas sobrevivientes.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>45-120 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 2, diapositivas 2.1 a 2.15 • Ejercicio 2.1a Mito o realidad (15 minutos) <p><i>o bien,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio 2.1b Votar con los pies (30-45 minutos) • Ejercicio 2.2 La culpa nos cubre (30-45 minutos) <p>Si dispone de 90 minutos para la sesión 2, dedique entre 30 y 45 minutos a Votar con los pies y otro tanto a La culpa nos cubre. Esta es la opción que aparece en el programa de ejemplo que figura en el anexo 1.</p> <p>Si dispone de 120 minutos, puede llevar a cabo el ejercicio ¿Mito o realidad? (15-30 minutos), Votar con los pies (30-45 minutos) y La culpa nos cubre (30-45 minutos).</p> <p><i>Si dispone de muy poco tiempo, puede ofrecer una sesión abreviada de 45 minutos que incluya los ejercicios ¿Mito o realidad? (15 minutos) y La culpa nos cubre, con 7 u 8 afirmaciones (30 minutos).</i></p>
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Para ¿Mito o realidad?: afirmaciones relativas a actitudes o creencias. Más adelante, encontrará las afirmaciones y los apuntes para el debate. • Para Votar con los pies: dos carteles con letras grandes, en uno se leerá “De acuerdo” y, en el otro, “En desacuerdo”. • Para La culpa nos cubre: <ul style="list-style-type: none"> » Entre 7 y 11 chales u hojas de periódico. » Guion del facilitador. Imprima una copia del recurso 2.2a La culpa nos cubre: guion del facilitador [la historia de Maya]. » Fichas para entre 7 y 11 personajes. Imprima una copia de cada una de las fichas del recurso 2.2b La culpa nos cubre: fichas de los personajes para los participantes. • Imprima los recursos desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores • Imprima los materiales de apoyo desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes <ul style="list-style-type: none"> » Material de apoyo 2a. ¿Por qué no se van las mujeres? » Material de apoyo 2b. Obstáculos para recibir atención tras un episodio de violencia sexual y de pareja

Contenido de la sesión

Antecedentes



Para presentar la sesión, explique que, para responder a las agresiones sexuales y la violencia de pareja, hace falta comprender cómo pueden afectar nuestros valores, creencias y actitudes, en tanto que personal sanitario, a la forma en la que brindamos atención, así como a nuestra capacidad de empatizar con las experiencias de las personas sobrevivientes cuando buscan ayuda. Estas creencias y valores suelen conformarse sobre la base de las mismas normas sociales que llevan a estigmatizar a las personas sobrevivientes. **Recuerde** a los participantes que sus actitudes y creencias pueden estar moldeadas por las mismas normas y actitudes en torno a los roles de género que las de otras personas de su sociedad o comunidad (diapositiva 2.3).

Las actividades de esta sesión ayudan a los participantes a reflexionar de forma crítica sobre estas creencias y actitudes y las normas sociales subyacentes, mediante la revelación de mitos y creencias comunes sobre la violencia de género, la profundización en la experiencia de las personas sobrevivientes a la hora de buscar ayuda y la determinación de la forma en la que sus propios valores, creencias y actitudes pueden afectar a la atención que prestan.

Es importante recordar que, en situaciones de emergencia humanitaria, el personal sanitario no siempre procede de la misma comunidad que sus pacientes. Si atienden a personas refugiadas o desplazadas internas o si forman parte de un equipo de respuesta humanitaria, los valores y creencias del personal sanitario pueden no coincidir con los de los pacientes a los que atienden. Es importante no juzgar a las personas sobrevivientes por sus creencias, actitudes o valores, ni por lo que les haya ocurrido.

Ejercicio 2.1a ¿Mito o realidad? (15 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Reflexionar desde una perspectiva crítica sobre las creencias y actitudes que afectan a la atención que prestamos a las personas sobrevivientes.

Instrucciones para los facilitadores (véanse también las diapositivas 2.4 a 2.11)

- **Explique** que le gustaría dedicar algún tiempo a analizar determinados mitos sociales comunes sobre la violencia. Explique a qué se refiere con “mito” y ponga un ejemplo.
- **Pida a los participantes** que compartan algún mito local que conozcan en relación con la violencia de género.
- **Lea al grupo la primera afirmación** de la diapositiva 2.5, ¿Mito o realidad?
- **Pregunte al grupo** si creen que es un mito o un hecho. Observe si hay acuerdo en el grupo o no.
- **Pida a una persona** que considere que es un hecho y a otra que crea que es un mito que expliquen el porqué de su respuesta.
- **Dé la respuesta.** Aclare si la afirmación es un mito o la realidad y explique la razón.
- **Repita** el proceso con otras tres afirmaciones. (Seleccione las afirmaciones que parezcan más relevantes para el grupo). No dedique más de 3 minutos a cada afirmación.

Ejercicio 2.1b Votar con los pies (30-45 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Reflexionar desde una perspectiva crítica sobre las creencias y actitudes que afectan a la atención que prestamos a las personas sobrevivientes.

Instrucciones para los facilitadores (diapositiva 2.12)

- Para empezar, recuerde a los participantes que las personas sobrevivientes suelen ser muy sensibles a los prejuicios y a menudo captan hasta el más mínimo juicio de valor del personal sanitario, lo que puede impedir que se genere confianza, por lo que es importante que seamos conscientes de nuestras creencias y actitudes y de cómo pueden interferir en la atención que prestamos.
- **Busque un espacio** en el que los participantes se puedan mover con facilidad y formar una línea vertical.
- **Pida a los participantes** que se pongan de pie en el centro del espacio.
- **Coloque un cartel** (en un rotafolio o en una hoja de papel grande) a cada lado del espacio, uno con la palabra “De acuerdo” escrita en letras grandes y el otro con la palabra “En desacuerdo”.
- A modo de ejemplo, **expresé en voz alta** una afirmación directa, como “bailo muy bien”.
- **Pida a los participantes** que respondan desplazándose hacia uno de los carteles (“De acuerdo” o “En desacuerdo”) en función de si están de acuerdo con la afirmación o no.
- **Pida a los participantes** que elijan a qué distancia del cartel se sitúan en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación.
- **Repita** el proceso con entre 4 y 6 de las siguientes afirmaciones sobre actitudes o creencias, en función del tiempo del que disponga. Seleccione las afirmaciones que le parezcan más pertinentes para la formación y la experiencia de los participantes.
- Después de cada declaración, **plantee un debate** sobre por qué decidieron situarse donde lo hicieron. Esto les ayudará a reflexionar sobre sus creencias.

- **Pida** que cada parte explique su punto de vista a la otra. Reserve algo de tiempo para el debate. Puede pedir a alguien que se encuentre en el lado menos popular del espacio que sea el primero en compartir su punto de vista. Recuerde a los participantes que el objetivo no es juzgar a quien no esté de acuerdo con ellos, sino ofrecer una explicación, fomentar la reflexión y considerar un posible cambio de opinión.
- Tras un breve debate, **pregunte** si alguien se quiere cambiar de sitio. Deje que pasen a su nueva posición.

Votar con los pies: afirmaciones relativas a actitudes o creencias.

- **Una mujer tiene derecho a decir que no cuando no quiere mantener relaciones sexuales con su esposo.**
Apuntes para el debate
Toda mujer tiene derecho a decidir qué hacer con su propio cuerpo y a negarse a mantener relaciones sexuales. En muchos entornos, sin embargo, las normas de género socializan a mujeres y hombres haciéndoles creer que, una vez casados, el hombre tiene derecho a mantener relaciones sexuales con su esposa siempre que quiera. De hecho, en muchos países, las relaciones sexuales forzadas con el cónyuge no se consideran violación. Sin embargo, las mujeres siempre tienen derecho a controlar su propio cuerpo y su sexualidad, lo que significa que pueden negarse a mantener relaciones sexuales con sus esposos.
- **Si una mujer se queda con un compañero violento, es culpa suya.**
Apuntes para el debate
Hay muchas razones por las que una mujer puede quedarse con una pareja violenta. No nos corresponde juzgar a estas mujeres. De hecho, dejar una relación violenta puede aumentar el riesgo de violencia por parte de una pareja controladora y agresiva. Otras razones, como la dependencia económica y las presiones sociales para no romper la familia, pueden impedir que una mujer abandone a su pareja violenta.
- **Los hombres que sufren violaciones son débiles y no son lo bastante hombres.**
Apuntes para el debate
Violar a un hombre es un ejercicio de poder y control. Los perpetradores lo utilizan para feminizar a la víctima, a modo de humillación o para hacer que se sienta menos viril. Asociar la comisión de violaciones o la victimización por violación con la masculinidad es una norma de género perjudicial que se debe impugnar. La fuerza no tiene nada que ver con ejercer la violencia y ser víctima de una violación no está relacionado con ser débil. La violación de hombres es una forma de violencia de género. Es inaceptable y nunca es culpa del sobreviviente. Debería considerarse un delito y constituye una violación de los derechos humanos.
- **Las trabajadoras sexuales no pueden ser víctimas de violación.**
Apuntes para el debate
El hecho de que una persona se prostituya para ganarse la vida no significa que siempre esté dispuesta a mantener relaciones sexuales. La violación es el acto de forzar a alguien a mantener relaciones sexuales. Es habitual que se fuerce a las trabajadoras sexuales a mantener relaciones sexuales, porque la gente asume que siempre están disponibles para ello. Incluso los clientes y posibles clientes obligan a veces a las trabajadoras sexuales a mantener relaciones sexuales.
- **Si una persona borracha sufre una violación, en parte es culpa suya, por haber bebido.**
Apuntes para el debate
Nada excusa ni justifica la violación ni ningún otro tipo de violencia. Aunque recomendamos a las personas prestar atención a su entorno y tomar conciencia de los riesgos potenciales asociados a situaciones de vulnerabilidad o propicias al abuso, no hacerlo no las convierte en culpables de sufrir violencia.
- **Los hombres no se pueden controlar. La violencia forma parte de su naturaleza.**
Apuntes para el debate
Ejercer la violencia siempre es una elección de los perpetradores. Ni forma parte de su naturaleza ni es inevitable. La violencia suele ser un comportamiento aprendido. Los datos muestran que los niños y niñas que son personas sobrevivientes de violencia o que la presencian en sus hogares tienen más probabilidades de perpetrar o sufrir violencia de pareja en su vida adulta.
- **Las mujeres que llevan ropa considerada provocativa están pidiendo que las violen y es su conducta inadecuada la que provoca el abuso.**
Apuntes para el debate
Nada excusa ni justifica la violación ni ningún otro tipo de violencia. Nunca se debe culpar a las mujeres que han sufrido abusos ni decirles que es culpa suya.

- **Es poco probable que los trabajadores humanitarios cometan abusos sexuales o exploten sexualmente a las personas beneficiarias.**

Apuntes para el debate

Los trabajadores humanitarios tienen un poder relativo sobre las comunidades a las que atienden. Algunos pueden creer que tienen un cierto derecho sexual, lo que puede acarrear la comisión de actos de explotación o abusos sexuales. Han salido a la luz incidentes de violaciones, abusos sexuales y explotación por parte de trabajadores humanitarios en contextos humanitarios. Esto no solo perjudica a las comunidades a las que deben servir y proteger, sino que pone en peligro las operaciones humanitarias, así como la credibilidad y la confianza de las comunidades con respecto a las organizaciones que prestan asistencia. Los abusos sexuales cometidos por trabajadores humanitarios constituyen una grave violación de su responsabilidad de no hacer daño. Se trata de una falta de conducta grave y, según los principios del IASC, es motivo de despido. La actividad sexual con menores está prohibida, independientemente de que exista consentimiento. Se prohíben las relaciones sexuales que impliquen un uso indebido de la jerarquía entre quienes prestan ayuda humanitaria y las personas beneficiarias. Los trabajadores humanitarios están obligados a crear y mantener un entorno que impida la explotación y los abusos sexuales.

- **Como miembro del personal sanitario, la respuesta que le ofrezco a una persona sobreviviente de agresión sexual no tiene mucha importancia.**

Apuntes para el debate

Las personas sobrevivientes de agresiones sexuales a menudo no revelan su experiencia de violencia a nadie por miedo a ser culpadas o estigmatizadas o a que nadie las crea (remita a los participantes al material de apoyo 2a ¿Por qué no se van las mujeres?). Las personas sobrevivientes se enfrentan a importantes barreras cuando buscan apoyo (derive a los participantes al material de apoyo 2b Obstáculos que dificultan obtener atención tras sufrir violencia sexual y violencia de pareja), pero todo indica que una respuesta empática por parte de un miembro del personal sanitario les puede dar la confianza que necesitan para revelar su experiencia. Por lo tanto, ofrecer una respuesta empática, validadora y sin prejuicios a una persona sobreviviente es muy importante para ella y para señalarle el camino hacia la recuperación.

Nota: este ejercicio puede resultar sumamente personal e incómodo para algunos participantes. Si aprecia indicios de malestar, intercale las afirmaciones sobre violencia de género con afirmaciones propias que sean menos intensas (como “me encanta cocinar” o “los bebés son muy lindos”) para crear una atmósfera que no resulte amenazadora. Este ejercicio también puede provocar que algunos participantes se sientan aislados si sus valores no coinciden con los de otros miembros del grupo, o bien puede inducir sentimientos de negatividad entre compañeros. Anime a los participantes a mantener una actitud imparcial con respecto a las creencias que no coincidan con las suyas o con las de la mayoría de los participantes. El objetivo del ejercicio es generar una reflexión crítica y permitir que los participantes reconsideren sus creencias o, al menos, su manera de comunicarlas a las personas a las que atienden. Se trata de cuestiones complicadas y emocionales, por lo que algunos participantes podrían reaccionar con dureza ante una afirmación y ante las opiniones de los demás. Recuérdeles que cada uno aporta su perspectiva personal a este ejercicio y que los participantes deben ser respetuosos con los demás.

Preguntas para el debate guiado posterior al ejercicio 2.1



Debate en grupo

- Una vez finalizado el ejercicio, modere un debate en grupo a partir de las preguntas siguientes:
 - » ¿Qué sintió al enfrentarse a valores que no comparte?
 - » ¿Qué aprendió de esta experiencia?
 - » ¿Cambió de opinión sobre alguno de los temas comentados?
- Fomente el debate en el grupo y prepárese para dedicar un tiempo a discutir las cuestiones que surjan.

Enseñanzas



Enseñanzas (diapositiva 2.13)

El propósito de este ejercicio es reflexionar sobre cómo nuestros valores y nuestras creencias personales sobre la violencia sexual y la violencia de pareja pueden afectar a la atención que, como personal sanitario, ofrecemos a las personas sobrevivientes.

- Nuestras creencias y actitudes suelen reflejar las normas y valores de las sociedades en las que vivimos. Es habitual que las personas sobrevivientes sean muy sensibles a la forma en que se les comunican estas creencias y actitudes. Por lo tanto, es importante reflexionar de forma crítica sobre nuestras propias creencias y actitudes y asegurarnos de que no interfieren con la atención que prestamos.
- Si somos conscientes de nuestras creencias negativas, podremos evitar transmitir las a las personas sobrevivientes de casos de violencia.
- Cambiar de mentalidad lleva tiempo. Sin embargo, es posible cambiar nuestras creencias y actitudes y es saludable examinarlas y, si es necesario, ajustarlas.

Ejercicio 2.2
La culpa nos cubre (30-45 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio (diapositiva 2.14)

- Aumentar la concienciación y la empatía ante las dificultades a las que se enfrentan las personas sobrevivientes de casos de violencia cuando buscan apoyo.
- Destacar cómo las normas y comportamientos desiguales de género pueden afectar a la capacidad de una persona sobreviviente para buscar ayuda y acceder a la asistencia.
- Animar a los participantes a reflexionar sobre lo que pueden hacer, como prestadores de servicios de salud, para ofrecer una respuesta empática a las personas sobrevivientes de casos de violencia.

Instrucciones para los facilitadores

En función del tiempo disponible, puede realizar este ejercicio con menos personajes. Si dispone de 30 minutos para esta actividad, utilice las fichas correspondientes a los personajes de amiga, madre de la sobreviviente, trabajadora sanitaria comunitaria, líder religioso, niña, policía, médico. Si dispone de 45 minutos, puede utilizar las fichas de todos los personajes.

- **Pida** a 12 personas que participen en la actividad. Invite a los demás a observar.
- **Pida** que un voluntario represente el papel de Maya (puede adaptar la historia y los nombres a su contexto), una mujer que ha sufrido violencia. Pida a los demás que interpreten a los otros personajes descritos en las fichas. *Nota: interpretar el papel de Maya puede ser una experiencia intensa. Avise a las personas que se presenten voluntarias de que puede suscitar emociones fuertes.*
- **Proporcione** a cada participante la ficha de un personaje y un chal o una hoja de periódico.
- **Indique** a Maya que se siente en el centro. Se sentará en una silla frente a los demás participantes.
- **Indique** a los demás participantes que se coloquen alrededor de Maya formando un círculo, mirando hacia fuera (no hacia Maya).
- Como facilitador, **sitúese fuera del círculo** y lea el guion de la historia de Maya (recurso 2.2a). A continuación, siguiendo el orden de personajes indicado, explique a quién pide ayuda Maya.
- **Pida a cada personaje** que lea el segmento de la historia y la primera afirmación de la ficha de su personaje y, luego, dé un paso adelante y coloque un chal o una hoja de periódico sobre Maya.
 - » Orden en el que cubrirán a Maya con el chal o la hoja de periódico: amiga, madre, vecina, suegra, trabajadora sanitaria comunitaria (mujer), líder religioso (hombre), hija, policía, trabajador social, abogado, médico
- A continuación, **pida a cada personaje** que invierta este proceso leyendo la afirmación del reverso de la ficha de su personaje y quitándole un chal o trozo de periódico a Maya. Esta vez los personajes deben mirar hacia dentro, hacia Maya.
 - » Orden en el que retirarán los chales o las hojas de periódico: médico, abogada, trabajadora social, policía, hija, líder religioso, trabajadora sanitaria de la comunidad, suegra, vecina, madre, amiga.

Preguntas orientativas para el debate (anote las respuestas en un rotafolio y vuelve a ellas más adelante, durante la capacitación).

- Pregúntele a Maya cómo se sintió.
- ¿Cómo se sintieron los otros personajes? (Pida voluntarios.)
- ¿Cómo se sintieron los observadores? (Pida voluntarios.)

Debate:

- ¿Qué le parecieron las opciones de ayuda que tenía la sobreviviente a su alcance y las decisiones que tomó?
 - » **Sondeo:** ¿Tenía pleno poder para tomar decisiones sobre su vida? ¿Y para buscar ayuda?
- ¿Cómo respondieron las personas a las que se acercó Maya?
 - » **Sondeo:** ¿Cómo podrían haber respondido de forma más solidaria?

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 2.15).

- Los ejercicios de esta sesión ilustran las difíciles situaciones, decisiones y respuestas a las que se enfrentan las personas sobrevivientes de casos de violencia de género. Al ponernos en su lugar, podemos empatizar con ellas y comprender mejor su situación.
- Como prestadores de servicios de salud y proveedores de asistencia, es importante que reflexionemos sobre nuestros propios valores y creencias, moldeados por la sociedad, y que pensemos en cómo podemos transmitirlos a nuestros pacientes. Si carecemos de autoconciencia a este respecto, corremos el riesgo de estigmatizar a las personas sobrevivientes y provocarles traumas adicionales.
- Es importante no culpar nunca a una persona sobreviviente. También podemos recordar a los demás que no culpen a las sobrevivientes de la violencia que han sufrido.
- Como prestadores de servicios de salud y proveedores de asistencia, siempre animaremos a las personas sobrevivientes a buscar ayuda y apoyaremos las decisiones que tomen para mejorar su salud y seguridad, aunque se mantenga la relación violenta.

Sesión 3. Principios rectores de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 2: mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los principios rectores de la atención centrada en las personas sobrevivientes y aplicarlos respetando las particularidades culturales del entorno. • Aprender a aplicar en el ejercicio de su labor los principios rectores de la atención centrada en las personas sobrevivientes. • Descubrir cómo refuerza el apoyo de primera línea, o modelo ANIMA, la atención centrada en las personas sobrevivientes.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>30 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 3, diapositivas 3.1 a 3.17
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de apoyo 3a. Ficha de bolsillo del modelo ANIMA (Entregue una ficha a cada participante, impresa desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes, a menos que disponga de ficha ya impresas)
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual clínico, págs. 3-5.
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Para presentar la sesión, explique que el Manual clínico de la OMS y las orientaciones clínicas conexas se elaboraron tomando como base la respuesta a la violencia contra las mujeres. Sin embargo, los principios para la atención centrada en las personas sobrevivientes son universales y se aplican a todas las personas sobrevivientes.</p>

**Presentación
con diapositivas
y debate guiado
(45 minutos)**



En esta sesión, profundizaremos en estos principios y aprenderemos a aplicarlos en la práctica clínica. Existen ciertas particularidades que atañen a los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes, uno de cuyos progenitores o tutores pueden estar implicados en la toma de decisiones. Hablaremos de dichas particularidades a lo largo de esta sesión.

Utilice las **diapositivas de la sesión 3** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

Principios rectores (diapositivas 3.4 a 3.10)

Los principios fundamentales de la atención centrada en las personas sobrevivientes otorgan prioridad a los derechos, necesidades y deseos de estas personas. La atención centrada en las personas sobrevivientes promueve los siguientes derechos para ellas:

- **Dignidad y respeto:** derecho a un trato digno y respetuoso y a que la culpa de la violencia perpetrada contra la persona sobreviviente no recaiga sobre ella.
- **Vida:** derecho a una vida libre de miedo y violencia.
- **Autodeterminación:** derecho a tomar decisiones propias, en particular con relación a cuestiones sexuales y reproductivas; a rechazar procedimientos médicos o a emprender acciones legales; y a elegir la forma de actuar.
- **El más alto nivel posible de salud:** derecho a disfrutar de servicios sanitarios de buena calidad, disponibles, accesibles y aceptables.
- **No discriminación:** derecho a que se le ofrezcan servicios sanitarios sin discriminación, es decir, que no se le deniegue el tratamiento por motivos de raza, etnia, casta, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad, estado civil, ocupación, creencias políticas o cualquier otro factor.
- **Privacidad y confidencialidad:** derecho a recibir atención, tratamiento y asesoramiento privados y confidenciales, a decidir qué información se incluye en su historial y a que esta no se revele sin su consentimiento.
- **Información:** derecho a saber qué información se ha recopilado sobre la salud de la persona y a tener acceso a esta información, incluidas las historias clínicas.

Cómo promover la igualdad de género (diapositivas 3.7)

- Recuerde la sesión 1 para subrayar que la violencia sexual y la violencia de pareja tienen su origen en las relaciones desiguales de poder entre los géneros (es decir, la desigualdad de género).
- Es importante entender cómo la desigualdad de género perjudica especialmente a las mujeres sobrevivientes. Puede que tengan menos acceso al dinero o a la información que los hombres, o bien que estén menos alfabetizadas que ellos.
- Es posible que no tengan libertad para tomar decisiones por sí mismas, incluidas las relativas a su atención sanitaria (por ejemplo, en algunos entornos, puede ser necesario el consentimiento del cónyuge para determinados procedimientos).
- Como miembro del personal sanitario, además de ser consciente de estas dinámicas de poder, su papel será no hacer daño y asegurarse de que sus acciones no aumenten la vulnerabilidad de las personas sobrevivientes.
- Es esencial escucharlas, creer lo que dicen y tomarse en serio su relato.
- Es importante que sus palabras no culpabilicen ni juzguen a la persona sobreviviente.

Hay ciertas **particularidades** que atañen a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Se basan en los principios de **interés superior del niño y desarrollo evolutivo** a lo largo del proceso de madurez cognoscitiva y emocional (diapositivas 3.10).

- Es importante apoyar a las personas sobrevivientes para que tomen sus propias decisiones, también en el ámbito médico, en cuanto a la atención y los servicios que aceptan, sin presionarlas para que sigan los consejos del personal sanitario.
- **Debate:** ¿qué aplicación práctica tienen estos principios rectores en su entorno?
 - » Por ejemplo, para garantizar la intimidad puede ser necesario disponer de una sala de consulta privada con la puerta cerrada, de modo que no se pueda ver ni oír a la persona sobreviviente mientras habla con el profesional sanitario.
 - » En el caso de las personas con discapacidad, el derecho a la no discriminación puede exigir que los servicios dispongan de rampas para sillas de ruedas y aseos accesibles para personas con discapacidad, así como material informativo en braille.
 - » En el caso de los niños, niñas y adolescentes, puede ser necesario facultar a un cuidador no abusivo y proporcionar un entorno adaptado a los niños (por ejemplo, con juguetes o material de dibujo), así como adecuar la información a su edad.
 - » ¿Hay otras formas de aplicar estos principios?

NO se recomienda el cribado universal (diapositiva 3.12)

- Si sospecha que la paciente es objeto de violencia, pero no habla sobre ello, se RECOMIENDA ofrecer información general sobre el derecho de toda persona a la seguridad, la disponibilidad de servicios de apoyo y una visita de seguimiento.
- La confianza generada entre la primera y la segunda visita puede crear un ambiente propicio para que la persona sobreviviente revele su situación durante el seguimiento. Las visitas de seguimiento en casos de sospecha de violencia de género deben realizarse con el mismo proveedor, en la medida de lo posible.

Mandato del personal sanitario para prestar apoyo de primera línea (diapositivas 3.11 a 3.15)

- **Analice** la importancia de brindar atención en consonancia con los principios rectores en todos los entornos clínicos donde se encuentren las personas sobrevivientes. Los principios rectores deben observarse independientemente del motivo principal de consulta de la persona paciente al inicio de la visita.
- **Subraye** que las personas sobrevivientes pueden buscar tratamiento para afecciones o síntomas causados por la violencia sin revelar explícitamente la violencia. Debe prestarse una atención comprensiva y centrada en la persona sobreviviente, independientemente de si se ha revelado la agresión sexual o situación de violencia de pareja.
- La respuesta sanitaria ante las agresiones sexuales y la violencia de pareja puede ir desde una respuesta muy básica hasta una sofisticada respuesta médico-legal. La mayoría de las situaciones de emergencia humanitaria justificarán la prestación de apoyo de primera línea, aun cuando una respuesta más avanzada no sea factible en el contexto (diapositiva 3.13).
- El apoyo de primera línea es la respuesta mínima y más básica que debe ofrecerse ante cualquier revelación de violencia de pareja o violencia sexual. La palabra **ANIMA** puede ayudar a los participantes a recordar los componentes del apoyo de primera línea (diapositivas 3.14 y 3.15). Esta capacitación desarrollará sus destrezas con respecto a los componentes del modelo ANIMA.
- **Distribuya** las fichas de bolsillo del modelo ANI(MA). Explique que la tarjeta de referencia de bolsillo es una herramienta para el personal sanitario que está aprendiendo a prestar apoyo de primera línea. Incluye los pasos del modelo ANIMA, los signos que indican riesgo inmediato de violencia y preguntas orientativas para indagar sobre la violencia. Recuerde a los participantes que pueden imprimir y confeccionar sus propias fichas de bolsillo utilizando el material de apoyo 3a del anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene dudas o preguntas. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 3.16):

- La respuesta debe basarse en el respeto hacia los derechos humanos y la promoción de la igualdad de género.
- Existen ciertas particularidades que atañen a niños, niñas y adolescentes. Se basan en los principios de interés superior del niño y desarrollo evolutivo.
- Esta capacitación le preparará para cubrir todos los pasos del apoyo de primera línea, incluida la prestación de servicios clínicos adecuados al ámbito de trabajo de cada miembro del personal sanitario y al contexto.

Sesión 4. Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 2: mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse con empatía y eficacia con pacientes y sobrevivientes. • Descubrir de qué maneras la discriminación a la que se enfrentan las personas sobrevivientes (por su idioma, etnia o identidad de género, entre otros aspectos) puede condicionar su acceso a la atención y su experiencia en este ámbito.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>30 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 4, diapositivas 4.1 a 4.8 (10 minutos) • Ejercicio 4.1 Escucha activa (20 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de apoyo 4a. Principios de escucha activa Imprima el material desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes; una copia por cada pareja de participantes
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual clínico, págs. 42-45.
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Para presentar la sesión, subraye que, si bien escuchamos constantemente, no siempre lo hacemos con atención o de forma consciente. Es posible practicar la capacidad de escuchar bien. Una buena escucha por parte del personal sanitario marca una gran diferencia con respecto a lo que revelan las personas sobrevivientes, al apoyo que sienten y a la rapidez con la que pueden iniciar su proceso de recuperación. También ayuda al personal sanitario a determinar las necesidades de tratamiento físico y reduce al mínimo la posibilidad de pasar por alto una lesión o una indicación de tratamiento profiláctico.</p> <p>Aprovecharemos esta sesión para reflexionar sobre el arte de escuchar y los elementos de una buena capacidad de escucha, así como para ejercitarla.</p>

<p>Presentación y debate guiado (10 minutos)</p> 	<p>Utilice las diapositivas de la sesión 4 para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregunte a los participantes: ¿cómo sabemos si alguien nos escucha?, y dé la oportunidad de responder a 3 o 4 personas. • Proyecte la diapositiva 4.4. Repase algunas de las razones principales por las que la comunicación bidireccional es importante para garantizar una atención de alta calidad. <p>Repaso de los principios de la escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comente las prácticas de escucha activa (diapositiva 4.5). Anime a los participantes a responder y hacer sugerencias antes de mostrar la diapositiva. • Repase y muestre los principios de una buena postura de escucha (el modelo SOLER) (diapositiva 4.6). • Remita a los participantes al material de apoyo 4a. Principios de escucha activa, disponible en el paquete de material de apoyo de los participantes.
<p>Ejercicio 4.1 Escucha activa (20 minutos)</p> 	<p>Objetivo de aprendizaje del ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y practicar la escucha activa. <p>Instrucciones para el facilitador (diapositiva 4.7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pida a los participantes que formen parejas con otro participante. • Pida a los participantes que recuerden una situación difícil en cualquier ámbito de su vida y le cuenten a su compañero una historia al respecto en 3 o 4 minutos. <i>Nota: no deben utilizar un ejemplo relacionado con la violencia.</i> • Pida al oyente que practique la escucha activa, incluidas las preguntas abiertas, la comunicación no verbal y las respuestas sin prejuicios. Anímelos a consultar el Material de apoyo 4a. Principios de escucha activa para recordar las prácticas de escucha activa • Después de 5 minutos, pida a los participantes que cambien los papeles, de manera que la persona que antes escuchó dedique ahora otros 3 o 4 minutos a contar su historia y su pareja se convierta en el oyente activo. <p>Debate guiado (10 minutos)</p> <p>En una sesión con todo el grupo, formule a los participantes las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué hizo su pareja para demostrarle que le estaba escuchando atentamente? • ¿Qué dijo su pareja que fuese indicativo de que estaba practicando la escucha activa? • ¿Qué <i>no</i> dijo o hizo su pareja, tanto en un sentido positivo como negativo? • ¿Cómo se sintió al terminar?
<p>Recapitulación</p> 	<p>Pregunte si alguien tiene dudas o preguntas. Enuncie los mensajes clave (diapositiva 4.8):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas sobrevivientes de casos de violencia suelen ser silenciadas por los agresores, los familiares y otros miembros de la comunidad, e incluso por el personal sanitario. Por el contrario, la escucha activa y comprensiva les permite sentirse escuchadas, un paso importante para que se recuperen y revelen haber sufrido violencia. • La comunicación empática y eficaz debe extenderse a toda la consulta. • Utilice destrezas verbales y no verbales. • Para empezar, plantee preguntas abiertas.

Sesión 5. Información sobre el entorno

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 4: demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender el papel de los servicios de remisión en la atención a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja. • Conocer el contexto jurídico y político, en particular las obligaciones jurídicas del personal sanitario.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>90 minutos (sin el ejercicio opcional que figura a continuación) 30 minutos más para el ejercicio opcional 5.1. La red de derivaciones</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 5, diapositivas 5.1 a 5.17 (20 minutos) <i>Las diapositivas 5.10, 5.11 y 5.13 se deben modificar antes de la sesión, para añadir información local o específica del contexto.</i> • Ejercicio 5.1 La red de remisiones (30 minutos) (opcional) • Ejercicio 5.2 La repercusión de las políticas en la atención prestada (25 minutos) • Ejercicio 5.3 Cuando las redes de remisión se desintegran (45 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se incluye el ejercicio 5.1: <ul style="list-style-type: none"> » Imprima o lea las instrucciones para el facilitador recogidas en el recurso 5.1a La red de remisiones, en el anexo en línea A. Recursos para facilitadores. » Imprima una copia de cada una de las fichas de personajes del recurso 5.1b desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores; y dóblelas a la mitad. » Traiga un ovillo de lana o hilo resistente (de unos 10 metros). • Ayuda de trabajo 5a. Plantilla de directorio de remisiones, la encontrará en el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes. Imprima una copia para cada participante. • Material de apoyo 5b. Hoja de trabajo sobre requisitos jurídicos y políticos básicos, la encontrará en el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes. Imprima una copia del documento cumplimentado para cada participante. <i>Los facilitadores deben rellenar la información solicitada en el material de apoyo de acuerdo con el marco jurídico y político nacional antes de imprimir las copias y distribuir las a los participantes.</i> • Recurso 5.2 La repercusión de las políticas en la atención prestada: casos ejemplo 1-4. Imprima una copia de cada caso desde el anexo en línea A. Recursos del facilitador (los participantes formarán cuatro grupos). • Recurso 5.3 Cuando las redes de derivación se desintegran: estudios de caso 1-3. Imprima una copia de cada caso desde el anexo en línea A. Recursos del facilitador (los participantes formarán tres grupos).
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual clínico, págs. 29-32 (sección sobre apoyo social y cuadro de remisiones del material de apoyo)
<p>Oradores invitados (opcional)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Oradores invitados cuya participación cabe considerar (véase la sección Propósito y sinopsis de este documento, Oradores invitados y especialistas) • Ámbito de las remisiones: invite a un orador de un servicio local orientado a sobrevivientes, como una organización no gubernamental (ONG) que preste apoyo psicosocial; o bien puede invitar al coordinador del área de responsabilidad de violencia de género o al coordinador del ministerio local de asuntos de la mujer y la infancia para que hable sobre los servicios multisectoriales disponibles y en funcionamiento en su zona.

Contenido de la sesión

Presentación con diapositivas y debate guiado (20 minutos, pero prevea 30 minutos si tiene previsto que intervenga un orador invitado)



Utilice las **diapositivas de la sesión 5** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (diapositivas 5.1 a 5.17).

Comprensión del esquema de remisiones

- **Analice** qué necesidades pueden tener las personas sobrevivientes que el personal sanitario no pueda satisfacer. Dedique entre 5 y 10 minutos a escuchar las respuestas y comentarios de los participantes.
- Muestre la diapositiva 5.5 y **explíqueles** que ayudar a las personas sobrevivientes a acceder a estos servicios es esencial para su salud y seguridad.
- Es importante vincular la remisión de los servicios sanitarios a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial y de gestión de casos de violencia de género, si están disponibles en los contextos humanitarios.
- **Subraye** que conocer los servicios de remisión disponibles en su contexto, así como las leyes y políticas que pueden condicionar las remisiones, es fundamental para prestar una atención centrada en las personas sobrevivientes.
- **Resalte** que el acceso a las remisiones por parte de las personas sobrevivientes es fundamental para que se les pueda ofrecer una atención centrada en ellas. El personal sanitario debe hacer todo lo posible por remitir a los pacientes en contextos humanitarios.
- **Remita** a los participantes al material de apoyo 5a. Directorio de derivaciones Opcional: invite a un orador para que comparta información más detallada sobre los servicios locales de remisión (prevea 10 minutos adicionales).
- **Conceda** a los participantes entre 10 y 12 minutos para que rellenen los datos de los servicios de remisión que conozcan. Hay que animar a los participantes a que utilicen sus teléfonos, se pregunten unos a otros y averigüen y anoten información concreta, como números de contacto, horarios de los servicios, etc. Si no son capaces de señalar una opción de remisión conocida y de alta calidad, se debe animar a los participantes a que lo consulten con sus supervisores cuando vuelvan al trabajo.

En muchas emergencias humanitarias, se establecen sistemas oficiales de coordinación y remisión para reforzar la respuesta ante los casos de agresión sexual y violencia de pareja, así como para mantener unos servicios esenciales mínimos de salud sexual y reproductiva.

Averigüe qué entidades existen en su contexto y asegúrese de que los participantes conozcan y entiendan las responsabilidades de los siguientes cargos, si es que existen en su zona:

- el Coordinador en materia de salud sexual y reproductiva;
- las funciones y puntos de entrada del subgrupo temático de violencia de género;
- las funciones y puntos de entrada del grupo temático sobre protección.

Anime a los participantes a que sigan trabajando en el directorio de remisiones específico de su zona fuera del horario de la capacitación.

Contexto jurídico y político

- Describa el contexto jurídico y político o invite a un orador para que lo haga (diapositivas 5.9 a 5.11). Remita a los participantes al material de apoyo 5b. Hoja de trabajo sobre requisitos jurídicos y políticos básicos
- Subraye las principales consideraciones normativas que influyen directamente en la forma de prestar los servicios.
 - » Las Directrices CMRIPV (2020) y el PSIM para la salud sexual y reproductiva recomiendan que los servicios de aborto sin riesgos sean accesibles y se ofrezcan a las sobrevivientes de agresiones sexuales que se queden embarazadas, en la medida en que lo permita la ley. La atención posterior al aborto puede y debe ofrecerse o prestarse en todos los contextos cuando esté indicada por motivos clínicos. En un contexto humanitario, si no se pueden prestar servicios de aborto *in situ*, se deben realizar las remisiones oportunas.
 - » La OMS no recomienda la notificación obligatoria para las personas adultas sobrevivientes de agresiones sexuales o violencia de pareja. La notificación obligatoria dificulta el acceso de las personas sobrevivientes a la atención sanitaria urgente y puede disuadirlas de revelar que han sufrido abusos. También viola el principio de autodeterminación.
 - » El personal sanitario debe ofrecerse a ayudar a las personas sobrevivientes a denunciar la violencia ante las autoridades pertinentes si eso es lo que quieren. En algunos entornos, puede haber leyes o políticas que obliguen al personal sanitario a denunciar la situación. Es importante conocer estas leyes y determinar sus implicaciones para la práctica clínica.
 - » En algunos entornos, hay leyes o políticas que obligan a denunciar los casos de violencia contra niños, niñas o adolescentes sobrevivientes, lo que repercute sobre el acceso a la atención sanitaria, ya que, por ejemplo, las personas adolescentes pueden no querer que sus padres se enteren, o bien un cuidador puede no querer denunciar un caso de abuso sexual infantil si el perpetrador es un miembro de la familia.

- » Del mismo modo, las leyes que obligan a denunciar las agresiones sufridas por sobrevivientes con discapacidad mental pueden suponer una barrera en el acceso a los servicios, y habrá que debatir las implicaciones para la práctica clínica.
- » Es importante que los participantes sepan qué conviene las leyes o políticas de sus países con respecto a quién está autorizado a realizar un examen forense o a recopilar pruebas, y qué estipulan las normativas en cuanto a la cadena de custodia y el plazo durante el cual se pueden almacenar las pruebas forenses.
- » En el contexto humanitario, también habrá que tener en cuenta las leyes y políticas que rigen la prestación de asistencia sanitaria a las personas sobrevivientes que no tengan documentos legales o que permitan su identificación o los permisos necesarios para estar en una jurisdicción concreta, pero que necesiten acceder a los servicios.

Recurso 5.1 La red de derivaciones (opcional, 30 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Entender que la falta de coordinación puede hacer que las remisiones sean muy engorrosas y provocar que las personas sobrevivientes revivan el evento traumático.

Instrucciones para el facilitador (recurso 5.1a)

- Se necesitan ocho voluntarios. Si el grupo es muy grande, puede dividirse en dos.
- Pida a siete voluntarios que formen un círculo. Pida al octavo voluntario que se sitúe en el centro a fin de representar el papel de Rose, una sobreviviente de violencia. Pida a los demás participantes que observen la situación y se preparen para compartir sus reflexiones al terminar.
- Entregue a cada voluntario del círculo una ficha de personaje con instrucciones. Entregue a Rose la ficha que describe su situación y un ovillo de hilo o lana de colores.
- Lea el historial de Rose al grupo. Pida a Rose que interprete su personaje y se acerque a su hermana. Pida a Rose que le dé el extremo del hilo a su hermana y que se lleve el ovillo con ella, desenrollándolo a medida que avance.
- Pida a la hermana que responda a Rose según las instrucciones de su ficha y que sostenga el final del hilo. A continuación, todos los personajes a los que Rose visita deben representar el papel que les corresponde tal y como indica su ficha. Rose entregará el hilo a cada persona con la que se encuentre y seguirá desenrollando el ovillo a medida que avance. Al final del ejercicio, Rose se encontrará en medio de una maraña de hilo.

Debate

Plantee las siguientes preguntas:

- Observadores: ¿qué destacarían de la experiencia de Rose?
- Rose: ¿cómo se sintió al repetir su historia tantas veces?
- Otros personajes: ¿sintieron que podían ayudar a Rose?
- Todo el grupo: ¿es realista esta situación? ¿Es esto lo que ocurre en su entorno? ¿Qué se podría haber hecho para evitar esta maraña?

Ejercicio 5.2 La repercusión de las políticas en la atención prestada (25 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

Piense en las particularidades de las vías de remisión según el tipo de emergencia humanitaria.

Instrucciones para el facilitador (diapositiva 5.14)

- **Utilice una estrategia de agrupación** para crear cuatro grupos de participantes de igual tamaño. Entregue un estudio de caso del recurso 5.2 a cada grupo.
- **Explique** las preguntas que los grupos deberán responder y aclare las dudas que puedan tener los participantes.
- **Nota:** la expresión del consentimiento informado no se trata en detalle hasta la sesión 9. Asegúrese de que los participantes entiendan la pregunta A. Es posible que tenga que subrayar los puntos siguientes:
 - » Las personas sobrevivientes tienen el derecho y la obligación de comprender las limitaciones políticas que afectan a sus decisiones, para poder dar su consentimiento con conocimiento informado.
 - » Las personas sobrevivientes tienen el derecho y el deber de conocer las implicaciones para sus decisiones futuras de consentir denunciar o que se recaben pruebas forenses.
 - » Las personas sobrevivientes de cualquier edad tienen el derecho y el deber de conocer las limitaciones de la confidencialidad antes de compartir su anamnesis completa.
- Dé a los grupos entre 10 y 15 minutos para debatir y anotar las respuestas. Cada grupo dispondrá de entre 2 y 3 minutos para su exposición durante la sesión conjunta.
- Repase las principales diferencias entre las políticas o aclare las posibles confusiones en relación con las políticas que hayan surgido durante los debates en los cuatro grupos y en la sesión conjunta.

Ejercicio 5.3
Cuando las redes de remisión se desintegran
(45 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Piense en las particularidades de las vías de remisión según el tipo de emergencia humanitaria.

Instrucciones para el facilitador (diapositiva 5.15)

- Escriba indicaciones en el papelógrafo para facilitar la reflexión y el debate en torno a los obstáculos que dificultan las remisiones y afectan al personal sanitario y otros proveedores de servicios de salud en la crisis o el contexto actuales. Entregue un rotafolio o una hoja de papel grande a cada grupo.
 - » ¿Cómo afectó la crisis subyacente a las vías y redes de remisión existentes?
 - » ¿Qué hizo el personal sanitario o qué aspectos de su práctica modificó para cambiar la forma de efectuar remisiones en respuesta a las condiciones de crisis?
 - » ¿Qué tipo de información o apoyo adicional podría haber ofrecido el personal sanitario para facilitar una remisión adecuada y completa?
- Para presentar el ejercicio, recuerde a los participantes que la prestación de asistencia en momentos de crisis requiere creatividad y capacidad de adaptación.
- Utilice una estrategia para dividir a los participantes en tres grupos.
- Asigne un estudio de caso a cada grupo (imprímalos desde el recurso 5.3). Dé a cada grupo 30 minutos para revisar su estudio de caso, debatirlo y tomar notas para responder a las preguntas planteadas.

Nota: si los participantes no dominan el idioma principal de la capacitación, pida a un facilitador o un participante que lo dominen que lean el estudio de caso en voz alta y ofrezcan las traducciones o aclaraciones terminológicas que sean necesarias en los idiomas locales. Los grupos deberían empezar la parte del ejercicio correspondiente al debate al cabo de unos 10 minutos.

Debate guiado

Tras el ejercicio, vuelva a reunir a todos los participantes. Pida a un relator de cada grupo que presente las reflexiones conjuntas del debate en grupo. Después de la presentación del primer grupo, pida a los demás que añadan solo los puntos que no hayan tratado ya los grupos anteriores.

Modere el debate en torno a los temas siguientes (15 minutos):

- Confidencialidad y seguridad en el proceso de remisión.
- Identificación y superación de los obstáculos que dificultan las remisiones (por ejemplo, el transporte).

Este debate puede establecer nuevos recursos, que se pueden compartir con el grupo.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 5.16):

- Unas redes de remisión activas y actualizadas pueden ayudar a las personas sobrevivientes a acceder más fácilmente a los servicios disponibles.
- Si las redes de remisión no funcionan, el personal sanitario debe dar prioridad a la prestación de asistencia sanitaria y a la seguridad de las personas sobrevivientes.
- Recuerde que la autodeterminación es esencial en los procesos de remisión.
- El personal sanitario es responsable de conocer el contexto jurídico y político que afecta a la atención que presta.

Las personas sobrevivientes suelen tener necesidades complejas que deben ser atendidas por distintos proveedores de servicios. El personal sanitario puede ofrecer la remisión a otros servicios que van más allá del ámbito de la atención que prestan.

Sesión 6. Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprender los requisitos mínimos que se deben establecer para que el personal sanitario pueda identificar la violencia de pareja y ofrecer una respuesta adecuada. Reconocer los signos y síntomas que pueden revelar casos de violencia de pareja en distintas citas asistenciales, en particular las consultas de salud reproductiva y salud mental. Mostrar las vías más oportunas para plantear preguntas en torno a la violencia de pareja.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>60 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Sesión 6, diapositivas 6.1 a 6.17 (15 minutos) Ejercicio 6.1 Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja (45 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Material de apoyo 6a. Itinerario resumido de la atención a sobrevivientes de violencia de pareja Material de apoyo 6b. Preguntas de ejemplo sobre la violencia. Material de apoyo 6c. Preguntas frecuentes sobre la violencia de pareja <p>Imprima una copia del material de apoyo para que cada participante pueda consultarla durante la sesión; está disponible en el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recurso 6.1a Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: demostración del facilitador. Imprima una copia para utilizarla durante la sesión. Serán dos facilitadores de la capacitación quienes representen los roles. Recurso 6.1b Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: imprima tantas copias como sea necesario para garantizar que cada grupo de tres participantes tenga dos fichas (una de una persona adulta y otra de un niño, niña o adolescente); están disponibles en el anexo en línea A. Recursos para facilitadores.
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Recuerde a los participantes que el personal sanitario ocupa un lugar de excepción para ayudar a las personas sobrevivientes de violencia de pareja. Es habitual que las personas sobrevivientes acudan en busca de atención sanitaria, pero sin la intención de hablar específicamente sobre violencia. El personal sanitario suele ser el primer punto de contacto profesional para ellas.</p> <p>En esta sesión, cuando hablemos de personas sobrevivientes, nos referiremos principalmente a mujeres. Esto se debe a que las pruebas disponibles apuntan a que, aunque los hombres pueden ser sobrevivientes, en general, las mujeres sufren más violencia sexual, más violencia física grave y más control por parte de sus parejas masculinas.</p> <p>Como miembro del personal sanitario, puede sospechar que una persona es objeto de violencia y detectar a las sobrevivientes.</p> <p>Indique a los participantes que, en esta sesión, empezarán su aprendizaje para tratar casos de violencia de pareja, presuntos o revelados, en ámbitos clínicos, y pondrán en práctica esta destreza. Es importante recordar que las sobrevivientes de violencia de pareja se presentan a menudo con una dolencia, sin revelar la violencia. Aprender a reconocer los signos y síntomas asociados a la violencia de pareja y crear un entorno en el que la paciente se sienta cómoda para revelarla es un paso clave para poder ofrecer una respuesta.</p> <p>Es importante reconocer que, en los entornos en los que las tasas de matrimonio infantil son elevadas, existe una asociación entre el matrimonio infantil y la violencia de pareja. Las adolescentes casadas o con pareja son especialmente vulnerables a la violencia de pareja.</p>

Presentación con diapositivas (15 minutos)



Utilice las **diapositivas de la sesión 6** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

- Es necesario que se cumplan unos requisitos mínimos para poder plantear preguntas en torno a la violencia. Entre ellos, se incluyen protocolos, capacitación, privacidad, confidencialidad y un sistema de remisión (diapositiva 6.4).
- **Recuerde:** la OMS recomienda la indagación clínica para identificar la violencia de pareja. No se recomienda el cribado universal ni la indagación rutinaria (diapositiva 6.5).
- Es frecuente que las mujeres que sufren violencia de pareja acudan en busca de atención sanitaria por afecciones emocionales o físicas relacionadas (diapositiva 6.6).
- Al preguntar sobre la violencia, plantee el tema primero de forma indirecta (diapositiva 6.8) y, luego, más directamente, si procede (diapositiva 6.9). En el material de apoyo 6b, se ofrecen afirmaciones de ejemplo sobre el uso del modelo ANIMA para preguntar sobre la violencia. Se pueden utilizar otras afirmaciones, según corresponda, y no es necesario utilizarlas todas.
- Es frecuente que las mujeres no hablen sobre la violencia de la que son objeto (diapositiva 6.10, véase el material de apoyo 6c, Preguntas frecuentes sobre la violencia de pareja, para obtener consejos sobre cómo actuar).
- Haga hincapié en lo siguiente:
 - » Recuerde los principios de la atención centrada en las personas sobrevivientes.
 - » Sus destrezas de comunicación verbal y no verbal son importantes para generar confianza cuando la sobreviviente está preparada para revelar el abuso y obtener ayuda, si se da el caso.
 - » Puede que no se lo revele la primera vez que se lo pregunte, o que nunca llegue a hacerlo, y hay que respetar su decisión.
- **Derive** a los participantes al material de apoyo 6a (Itinerario resumido de la atención a sobrevivientes de violencia de pareja) para consultar el protocolo resumido sobre cómo gestionar la visita de una paciente que ya ha revelado sufrir violencia de pareja (diapositiva 6.13).

Ejercicio 6.1 Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja (45 minutos)



Nota para el facilitador: consulte las instrucciones respecto a las representaciones de roles recogidas en el [anexo 4](#), para recordar cómo dar su opinión a los participantes durante las actividades de este tipo.

Objetivo de aprendizaje del ejercicio (diapositivas 6.14 y 6.15)

- Practicar formas adecuadas de plantear el tema de la violencia y preguntar sobre ella.

Parte A. Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: demostración del facilitador

Para empezar, lleve a cabo una actividad de representación de roles (Recurso 6.1a), que requiere dos facilitadores. El facilitador A desempeña el papel de un miembro del personal sanitario, y el facilitador B, el de un paciente.

Detenga la demostración cuando se revele la violencia de pareja. Invite a los participantes a compartir sus reflexiones sobre lo que el profesional sanitario hizo bien y lo que podría mejorarse.

Parte B. Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: representación de roles de los participantes

Para las representaciones de roles:

- Divida a los participantes en grupos de tres.
- Pida que una persona de cada grupo se ofrezca voluntaria para representar el papel de una paciente o sobreviviente y otra para representar el papel de un miembro del personal sanitario, mientras que la tercera actuará como observadora y comentará la actuación de las otras dos.
- Entregue una copia de la situación hipotética del personaje adulto y otra del personaje infantil o adolescente únicamente a los participantes que vayan a representar el papel de paciente. Solo esta persona debe leer la información facilitada. (Recurso 6.1b).

Explique lo siguiente:

- Quienes representan el papel de **pacientes** leen la situación hipotética. Representan el papel de la persona sobreviviente y describen sus síntomas o afecciones al miembro del personal sanitario. No comparten información sobre la violencia, salvo si el miembro del personal sanitario le pregunta al respecto y se sienten cómodas haciéndolo. Las pacientes pueden inventarse detalles que no figuren en la situación hipotética, pero deben responder de forma realista al comportamiento y las preguntas del miembro del personal sanitario.
- **El trabajo del miembro del personal sanitario** consiste en brindar atención y hacer las preguntas pertinentes. Si fuese necesario, planteará el tema de la violencia o hará preguntas al respecto.
- **El papel de la persona observadora** es comentarle al miembro del personal sanitario su estrategia para plantear la cuestión de la violencia a la mujer. El observador debe prestar atención a las preguntas formuladas, así como a la comunicación verbal y no verbal en general.
- **Recuerde a los participantes** que, en este momento, solo están practicando cómo plantear preguntas en torno a la violencia.

Sugerencia para el facilitador: camine por la sala y pida (discretamente) a al menos una “sobreviviente” que no revele que sufre violencia. Así, el miembro del personal sanitario podrá practicar sus destrezas para brindar apoyo a la paciente aunque no revele que es objeto de violencia.

Tras 5 minutos de representación de roles, o después de que la sobreviviente revele la violencia, si sucede antes, el observador debe detener la actividad y **analizar las siguientes preguntas durante 5 minutos:**

- ¿Cómo se sintió el participante que interpretó el papel de sobreviviente al hablar con el miembro del personal sanitario?
- ¿Qué información puede aportar el observador sobre la forma en que planteó las preguntas el miembro del personal sanitario, la respuesta que ofreció al sobreviviente y cómo fue su comunicación no verbal?
- ¿Qué otras acciones cree el miembro del personal sanitario que podrían ayudar a la mujer?

Pida a los participantes que cambien los papeles y hagan otra representación.

Tras esta segunda representación de roles, modere un debate con todo el grupo para analizar sus experiencias (20 minutos). Las preguntas que figuran a continuación pueden servirle de guía.

- Para quienes interpretan el papel de pacientes, ¿cómo se sintieron cuando se le plantearon preguntas en torno a la violencia?
 - » **Sondeo:** ¿reveló haber sufrido abusos? ¿Por qué sí o por qué no?
 - » **Sondeo:** ¿cómo se sintió al revelarlo?
- Para quienes interpretan el papel de miembro del personal sanitario, ¿cómo se sintieron al plantear preguntas en torno a la violencia?
 - » **Sondeo:** ¿qué le hizo sospechar de la posibilidad de violencia?
 - » **Sondeo:** ¿tuvo dudas respecto a si preguntar o no? En caso afirmativo, ¿por qué?
 - » **Sondeo:** ¿cómo se sintió cuando la paciente reveló haber sufrido violencia o cuando no lo hizo?
- Para quienes interpretan el papel de observadores, ¿qué sintieron ante lo que estaba ocurriendo?
 - » **Sondeo:** ¿cómo fue la comunicación verbal y no verbal? ¿Cómo comunicó o no comunicó su apoyo el miembro del personal sanitario?
 - » **Sondeo:** ¿qué percibió acerca de la disposición de la mujer a revelar haber sufrido violencia? ¿Tuvo dudas o no?
 - » **Sondeo:** ¿qué podría haber hecho mejor el miembro del personal sanitario en esta situación?
- Para todo el grupo: ¿cambió su reacción en la situación hipotética que implicaba a una adolescente?
- Para todo el grupo: ¿qué percibió en cuanto a cómo afectaba el contexto humanitario a la vulnerabilidad de la paciente con respecto a la violencia de pareja?
 - » **Sondeo:** ¿cómo influyó el contexto humanitario en la voluntad de la persona sobreviviente de buscar atención?
 - » **Sondeo:** ¿en qué medida influyó el contexto en el grado de riesgo de que la sobreviviente sufriese violencia de pareja?
 - » **Sondeo:** ¿en qué afectó el contexto humanitario a las repercusiones sanitarias de la violencia sufrida?

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**.

Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 6.16):

- Para identificar la violencia de pareja, hay que prestar atención a posibles indicios clínicos.
- En primer lugar, haga preguntas generales sobre las relaciones, la situación en casa, etc.
- Pregunte sobre la violencia con empatía, sin prejuicios.
- Muchas sobrevivientes no revelarán haber sufrido violencia. Aun así, el personal sanitario y asistencial desempeña un papel importante: informar y generar confianza.
- Tanto la comunicación verbal como la no verbal son relevantes.
- La escucha activa y empática supone un importante apoyo.
- Las destrezas mejoran con la práctica.

Sesión 7. Apoyo de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 1: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el contenido del apoyo de primera línea (ANIMA). • Mostrar destreza para ofrecer los tres primeros componentes (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones) del apoyo de primera línea a las personas sobrevivientes que revelen haber sufrido abusos.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>90 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 7, diapositivas 7.1 a 7.18 (15 minutos) • Demostración de la identificación de la violencia y los tres primeros componentes de ANIMA, seguida de un debate guiado (15 minutos) • Ejercicio 7.1 Reproducir el vídeo en línea “Responding to intimate partner violence – LIV” (“Cómo responder ante casos de violencia de pareja: ANI”) Otra opción es que dos facilitadores pongan en práctica una representación de roles, con la situación hipotética utilizada en la sesión 6, pero centrada en los componentes ANI. • Ejercicio 7.2 Representación de roles para practicar el modelo ANI(MA), parte 1 (50 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso 7.2 Situaciones hipotéticas para la práctica del modelo ANI(MA): situaciones hipotéticas 1-4. Imprima desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores tantas fichas como sean necesarias para que cada grupo de tres participantes tenga una (puede que necesite imprimir más de un juego de fichas). • Póster o ficha de bolsillo que describa de forma resumida el modelo ANIMA (apoyo de primera línea) • Utilice el material de apoyo 3a. Fichas de bolsillo del modelo ANIMA (facilitadas previamente, durante la sesión 3). • Ayuda de trabajo 7b. ANIMA + AA Imprima el material desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual clínico, págs. 13-24

Contenido de la sesión

Presentación con diapositivas (15 minutos)



Utilice las **diapositivas para la sesión 7** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

Apoyo de primera línea

- El apoyo de primera línea es la atención más importante que se puede prestar.
- Recuerde a los participantes que consulten el material de apoyo 3a (fichas de bolsillo del modelo ANIMA) y dígasles que podrán volver a imprimirlas en cualquier momento desde esta página una vez finalizado el curso de capacitación.
- El apoyo de primera línea es la respuesta mínima esencial a cualquier forma de violencia sexual, incluidas las agresiones sexuales y la violencia de pareja, así como otras formas de violencia de género. Se trata de una adaptación de la atención psicológica inmediata utilizada como parte de la atención de salud mental y apoyo psicosocial en todos los contextos, incluidas las emergencias humanitarias. Puede ofrecerse en todos los niveles del sistema de salud, incluso donde no es posible ofrecer otro tipo de atención, como la respuesta forense. La palabra ANIMA ayuda a los participantes a recordar los componentes del apoyo de primera línea.
- ANIMA equivale a: Atención al escuchar; No juzgar y validar las experiencias de las personas sobrevivientes; Informarse sobre las necesidades y preocupaciones; Mejorar la seguridad; y Apoyar (diapositiva 7.4).
- ANIMA es el apoyo de primera línea para todas las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja. Esta sesión abarca los tres primeros componentes (ANI) del apoyo de primera línea. La segunda parte (Mejorar la seguridad y Apoyar) se trata en la sesión 8.
- ANIMA es un modelo adecuado para personas sobrevivientes de cualquier edad. Al proporcionar apoyo de primera línea a niños, niñas y adolescentes, es fundamental tener en cuenta ciertas particularidades, como ofrecer un entorno adaptado y apoyo a los cuidadores (diapositivas 7.5 y 7.6). Estas adaptaciones dan lugar a un modelo denominado ANIMA + AA para ayudar a recordar al personal sanitario que debe proporcionar un entorno comunicativo cómodo para los niños, niñas y adolescentes y apoyo a los cuidadores no abusivos.
- **Escuchar** es mucho más que oír las palabras de las personas sobrevivientes. Es la parte más importante de toda comunicación satisfactoria y la base de la asistencia de primera línea. Les da a las personas sobrevivientes la oportunidad de decir lo que quieren a la persona dispuesta a prestarles ayuda. Para ello, se necesita un lugar seguro y privado (diapositivas 7.11 y 7.12).
- El siguiente paso es **informarse** sobre sus necesidades y preocupaciones de forma respetuosa, dejándoles claro que son quienes toman las decisiones (diapositivas 7.13 y 7.14).
- A continuación, debe **validar** lo que dicen, es decir, demostrar que entiende lo que están diciendo y que cree su relato, sin prejuicios ni condiciones (diapositiva 7.15).
- **Remita** a los participantes al material de apoyo 6b. Preguntas de ejemplo sobre la violencia.

Remita a los participantes al material de apoyo 7a, donde encontrarán información sobre los componentes del modelo ANIMA+AA y una lista completa de los principios para la prestación de apoyo de primera línea a niños, niñas y adolescentes.

La publicación *Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud*, contiene directrices detalladas sobre cómo brindar apoyo a los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales.

Ejercicio 7.1 Reproducción del vídeo relativo a los tres primeros componentes (ANI) y debate guiado (15 minutos)



Para **presentar el vídeo**, anime a los participantes a buscar las destrezas y vías de comunicación destacadas en el material de apoyo 7a y en los pasos específicos de los componentes ANI (diapositiva 7.4). Pídales que reflexionen en torno a cómo podrían comunicar los mismos puntos con sus propias palabras.

Reproduzca el vídeo (diapositiva 7.16) de buenas prácticas para los componentes ANI del modelo ANIMA (3 minutos). <https://youtu.be/S1-rYVlzwFE>

Debate guiado (10 minutos)

Pida a los participantes que reflexionen sobre cada uno de los componentes ANI:

- ¿Qué hizo el miembro del personal sanitario para demostrar que estaba escuchando?
 - » ¿Qué señales no verbales utilizó?
 - » ¿Qué más se podría haber hecho?
- ¿Qué hizo el miembro del personal sanitario para informarse?
 - » ¿Qué tipo de preguntas utilizó?
 - » ¿De qué otra forma podría haberlo hecho?
- ¿Qué hizo el miembro del personal sanitario para validar a la persona sobreviviente?
 - » ¿De qué otra forma podría haber respondido?

Ejercicio 7.2
Representación
de roles para
practicar el
modelo ANI(MA),
parte 1
(50 minutos)



Nota para el facilitador: véase el [anexo 4](#). Aportar comentarios a los participantes de las actividades de representación de roles.

Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Desarrollar destrezas para los componentes ANI del apoyo de primera línea.

Instrucciones para los facilitadores (diapositiva 7.17)

- **Divida a los participantes** en grupos de tres personas. Para empezar, pida a cada grupo que decida quién desempeñará el papel de sobreviviente, miembro del personal sanitario y observador.
- **Reparta** las cuatro situaciones hipotéticas (Recurso 7.2) a quienes asuman el papel de sobrevivientes, que deberán leerlas.
 - » El papel de la sobreviviente es explicar al miembro del personal sanitario por qué está allí y responder a las preguntas que este le plantee.
 - » En función de la situación hipotética seleccionada, el miembro del personal sanitario debe hacer preguntas sobre la violencia y proporcionar apoyo de primera línea a la sobreviviente utilizando lo que ha aprendido sobre los tres primeros componentes del modelo ANIMA.
 - » El papel del observador es estudiar la comunicación verbal y no verbal entre el miembro del personal sanitario y la sobreviviente y, al final de la representación de roles, dar su opinión al primero sobre sus destrezas en el ejercicio de los tres primeros componentes del apoyo de primera línea.
- **Diga a las sobrevivientes y prestadores de servicios de salud que practiquen la representación de roles durante 5-10 minutos.** El encuentro se debe centrar únicamente en los tres primeros componentes del modelo ANIMA.
- Cuando la sobreviviente y los observadores hayan dado su opinión al miembro del personal sanitario, los miembros de cada grupo deberán **intercambiar los papeles** y repetir el ejercicio utilizando otra situación hipotética.
- A continuación, reúna a todo el grupo y modere un debate conjunto para analizar sus experiencias (30 minutos). Las preguntas que figuran a continuación pueden servirle de guía:
 - » A quienes desempeñaron el papel de **sobrevivientes**:
 - ¿Cómo se sintió cuando el miembro del personal sanitario le hizo preguntas en torno a la violencia?
 - ¿Reveló haber sufrido violencia? ¿Por qué sí o por qué no?
 - » A los **prestadores de servicios de salud**:
 - ¿Cómo planteó las preguntas en torno a la violencia sufrida por la sobreviviente?
 - Si la sobreviviente reveló su experiencia, ¿cómo se sintió al respecto?
 - ¿Qué le dijo a la sobreviviente cuando reveló haber sufrido violencia?
 - Si no lo reveló, ¿qué le llevó a decidir dejar de preguntar al respecto? ¿Qué hizo para dejar la puerta abierta a seguir tratando el tema?
 - » A los **observadores**:
 - ¿Cómo fue la comunicación no verbal?
 - ¿Hasta qué punto se mostró comunicativa la sobreviviente con respecto a la violencia sufrida? ¿Por qué?

Recuerde a los participantes las preguntas frecuentes que figuran en las págs. 34-37 del Manual clínico.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 7.18):

- Como hemos señalado a lo largo de la capacitación, la escucha eficaz y el modelo ANIMA pueden ser una poderosa herramienta para la recuperación de las personas sobrevivientes. Para algunas personas, la respuesta de primera línea puede ser todo lo que necesitan para seguir adelante.
- Recuerde reducir al mínimo las distracciones y centrarse en su paciente para que la comunicación sea más eficaz.
- Tómese tiempo para seguir practicando los componentes ANI del modelo ANIMA y piense en cómo puede prestar apoyo de primera línea utilizando sus propias palabras.

Sesión 8. Asistencia de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 2: Mejorar la seguridad y Apoyar

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Objetivo 4: demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar las destrezas necesarias para evaluar el riesgo o la seguridad inmediatos y apoyar la planificación de la seguridad, en particular en el caso de niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales. • Reconocer los recursos disponibles en la comunidad y a través de la respuesta humanitaria coordinada. • Ser capaz de colaborar con los asociados para ayudar a las personas sobrevivientes a acceder a otros servicios y para ofrecerles remisiones. • Mostrar destreza para facilitar la remisión directa, siempre que sea posible.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>120 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 8, diapositivas 8.1 a 8.16 (30 minutos) • Ejercicio 8.1 Demostración del facilitador, (ANI)MA (20 minutos) • Ejercicio 8.2 Representación de roles para practicar el modelo (ANI)MA, parte 2 (60 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de apoyo 8a. Herramienta de evaluación del riesgo para la seguridad de la violencia de pareja • Material de apoyo 8b. Herramienta de planificación de la seguridad • Recurso 8.1 Representación de roles para practicar el modelo (ANI)MA, parte 2: situaciones hipotéticas 1-4. Imprima el material desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores. • Material de apoyo 8c. Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes: ANIMA + AA • Ayuda de trabajo 8d. Evaluar la capacidad de los y las adolescentes para tomar decisiones autónomas • Imprima copias de los materiales de apoyo (una por participante) desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual clínico, págs. 25-33 • <i>Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual.</i> Directrices clínicas de la OMS (2017; págs. 15-17), disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043 (en lo sucesivo, “Directrices en materia de abuso sexual infantil”).
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Para presentar la sesión, recuerde a los participantes la importancia de las remisiones y lo analizado al respecto en la sesión 6. En la sesión 7, los participantes adquirieron destrezas para los tres primeros componentes (Atención al escuchar, No juzgar y validar, e Informarse sobre las necesidades y preocupaciones) del modelo ANIMA.</p> <p>En esta sesión, nos ocuparemos de las destrezas y la práctica de los dos últimos componentes del modelo ANIMA (Mejorar la seguridad y Apoyar). Una comunicación empática y activa en todo momento hará que la conversación sea más eficaz y cómoda tanto para usted como para su paciente.</p>

**Presentación
con diapositivas
(15 minutos)**



Utilice las **diapositivas de la sesión 8** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

Presente los pasos 4 y 5 del modelo ANIMA (Mejorar la seguridad, Apoyar) y recuerde a los participantes que, si bien lo más habitual y eficaz es que el apoyo de primera línea siga el orden indicado (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad y Apoyar), el desarrollo de una visita se debe guiar por las necesidades y prioridades de las personas sobrevivientes, así como por el razonamiento clínico del personal sanitario (diapositiva 8.4).

Mejorar la seguridad

- Al evaluar la seguridad tras un caso de agresiones sexuales o violencia de pareja, **analice** con la persona sobreviviente si siente que es seguro volver a casa. Recuerde que una persona sobreviviente se puede estar enfrentando a un riesgo potencial e inminente para su vida en el momento de la revelación. El personal sanitario puede plantear a las personas sobrevivientes preguntas como: “¿cree que cuando salga del centro de salud podrá llegar a su destino sana y salva? ¿Le parece seguro volver a casa hoy?” Si la persona sobreviviente se muestra preocupada por su seguridad, tómesela en serio. Asegúrese de preguntarle si tiene a alguien de confianza en su entorno a quien pueda recurrir en busca de apoyo.
- **Utilice** el material de apoyo 8a (Evaluación del riesgo para la seguridad de la violencia de pareja) para determinar si los patrones de violencia experimentados más recientemente por la sobreviviente sugieren un alto riesgo de daños graves (diapositiva 8.5).
- Puede que las personas sobrevivientes quieran volver a casa a pesar de la amenaza de violencia. Los prestadores de servicios de salud pueden ayudar a la persona sobreviviente a establecer estrategias que, en el pasado, hayan contribuido a reducir la violencia y, así, rebajar el riesgo de daños potencialmente mortales, utilizando el material de apoyo 8b (Herramienta de planificación de la seguridad). Si la persona sobreviviente está preparada para irse de casa, la herramienta también se puede utilizar para guiar una conversación con ella sobre cómo hacerlo de la forma más segura posible.
- **Repase** el material de apoyo 8b. Herramienta de planificación de la seguridad, con los participantes. Haga hincapié en que, a fin de adquirir las destrezas necesarias para guiar a una persona sobreviviente en la elaboración de un plan de seguridad, la práctica es imprescindible. Por eso, pronto tendrán la ocasión de realizar actividades de representación de roles. Sin embargo, mientras no se sientan totalmente seguros en este ámbito, los prestadores de servicios de salud no deberían dudar en remitir a las personas sobrevivientes a un colega o especialista que les pueda prestar este servicio.
- Para evitar poner en peligro a la persona sobreviviente, asegúrese de mantener la privacidad y la confidencialidad.

Facilitar apoyo social (diapositiva 8.8)

- El personal sanitario desempeña un importante papel a la hora de poner en contacto a las personas sobrevivientes con los recursos que necesitan y de animarlas a buscar apoyo mediante remisiones directas. Es esencial **analizar** con la persona sobreviviente qué es más importante para ella y ayudarla a identificar y considerar sus opciones.
- **Utilice y actualice** el directorio de remisiones (material de apoyo 5a) como base para facilitar el acceso al apoyo social formal. Las personas sobrevivientes pueden preferir recurrir a redes informales, ya sea en sustitución de las formales o para complementarlas.
- **Pregunte** cómo facilitó el proveedor el acceso al apoyo social, ¿recurrió a las redes formales o a las informales?
- **Pregunte** de qué otra manera se podría gestionar esta situación. ¿Qué haría de otra forma? ¿Qué haría igual?

**Ejercicio 8.1
Demostración
del facilitador,
(ANI)MA
(20 minutos)**



Realice una actividad de representación de roles (diapositiva 8.9) con otro facilitador para mostrar cómo evaluar y mejorar la seguridad de una persona sobreviviente y cómo facilitarle apoyo social (los dos últimos componentes del modelo ANIMA). Utilice una de las situaciones hipotéticas del recurso 8.1 y céntrese en el uso de una herramienta de planificación de la seguridad (véase el material de apoyo 8b) para **Mejorar la seguridad** (10 minutos).

Pida a los participantes que reflexionen sobre cada uno de los dos últimos componentes del modelo ANIMA (Mejorar la seguridad y Apoyar) y **modere un debate** en torno a las preguntas siguientes (10 minutos):

- ¿Cómo planteó el miembro del personal sanitario el tema de la seguridad?
- ¿Qué hizo el miembro del personal sanitario para mostrar respeto hacia las decisiones de la persona sobreviviente?

Presentación con diapositivas (15 minutos)



Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes (diapositivas 8.10 a 8.13)

- **Subraye** los principios rectores, entre los que se incluyen: adaptar la comunicación a la edad y la etapa del desarrollo; permitir que el niño sea partícipe de la atención; y ser conscientes del deber de cuidado de la protección infantil.
- **Remita a los participantes** al material de apoyo 8c: Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes: ANIMA + AA.
- **Recuerde** a los participantes las particularidades jurídicas y normativas específicas que pueden afectar al consentimiento informado y a la notificación obligatoria.
- **Analice** las particularidades y los consejos con respecto a la prestación de apoyo de primera línea a niños, niñas y adolescentes. Entre ellas, se incluyen la garantía de una comunicación amigable para el niño, niña o adolescente (la primera A del modelo ANIMA + AA) y el apoyo de los cuidadores (la segunda A). En el material de apoyo 8c, se ofrece un resumen de los consejos y principios rectores.
- **Comente** el grado de participación adecuado en la toma de decisiones en función del desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente. Remita a los participantes al material de apoyo 8d (10 minutos).

Ejercicio 8.2 Representación de roles para practicar el modelo ANI(MA), parte 2, y debate (60 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio (diapositiva 8.14)

- Practicar las destrezas para evaluar y afianzar la seguridad y para poner a las personas sobrevivientes en contacto con el apoyo social, sea formal o informal.

Instrucciones para los facilitadores

- **Divida a los participantes** en parejas. **Reparta** dos situaciones hipotéticas a cada pareja, asegurándose de que cada miembro de la pareja reciba una situación distinta.
- **Decida** quién interpretará primero el papel de miembro del personal sanitario y quién el de sobreviviente. El primer “miembro del personal sanitario” debe presentarse y preguntar a la persona sobreviviente el motivo de su visita.
- La “**persona sobreviviente**” utilizará las notas de la situación hipotética para resumir su historia y plantear sus inquietudes.
- Escuche la revelación del caso de abuso y brinde apoyo de primera línea al paciente, centrándose en evaluar y mejorar la seguridad y en facilitar el acceso al apoyo social (los dos últimos componentes del modelo ANIMA). Por una cuestión de tiempo y para practicar las destrezas pertinentes, asumiremos que los tres primeros componentes de la asistencia ya han sido atendidos y pasaremos directamente a los dos últimos componentes del modelo ANIMA. **Utilice el material de apoyo 8b** para fundamentar y documentar el plan de seguridad que ayudará a elaborar a la persona sobreviviente.
- Transcurridos unos 20 minutos, la pareja debe **cambiar los papeles** y repetir el ejercicio utilizando la otra situación hipotética.

Debate en conjunto guiado (20 minutos)

Pida a los grupos que analicen sus actividades de representación de roles. Puede utilizar las preguntas siguientes:

- Para las **pacientes**:
 - » ¿Qué le pareció la forma en la que el miembro del personal sanitario respondió a su situación y sus necesidades? ¿Sintió que le escuchaban? ¿Por qué sí o por qué no?
 - » ¿En qué medida se adecuaban a su situación y prioridades los consejos de seguridad y las recomendaciones para acceder al apoyo social?
- A los **prestadores de servicios de salud**:
 - » ¿En qué medida se sintió cómodo a la hora de evaluar y mejorar la seguridad de la paciente y de facilitar su acceso al apoyo social?
 - » Díganos qué aspectos de la seguridad y el apoyo social le resultaron más difíciles de exponer.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 8.15):

- Tras cualquier revelación de abuso, se debe evaluar el riesgo de daño inmediato para la persona sobreviviente. Si la persona sobreviviente se encuentra en grave peligro, ayúdela a determinar las opciones a su alcance para garantizar su seguridad personal antes de que salga del centro sanitario.
- La evaluación de riesgos puede ayudar a comprender las necesidades de seguridad inmediatas de las mujeres.
- Confíe en su paciente si le dice que está en grave peligro.
- La creación de vínculos con los servicios de apoyo es una actividad fundamental en la respuesta a la violencia.
- Ofrezca siempre remisiones que respondan a las necesidades que hayan manifestado las sobrevivientes.
- En la medida de lo posible, haga remisiones directas.
- La comunicación empática y activa es más eficaz y cómoda para ambas partes.
- Implique a los niños, niñas y adolescentes en la determinación de sus propias necesidades de apoyo, en la medida de lo posible.

Sesión 9. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el proceso de cuatro pasos para obtener el consentimiento informado. • Mostrar destreza para elaborar una anamnesis, incluidas las de niños, niñas o adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>90 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 9, diapositivas 9.1 a 9.21, incluye vídeos (45 minutos) • Ejercicio 9.1 Cómo y cuándo ofrecer un examen forense y una recopilación de pruebas (incluidos los puntos para la reflexión en grupo, diapositivas 9.9 a 9.11) (20 minutos) • Ejercicio 9.2 Representación de roles sobre la anamnesis (45 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Vídeos del Comité Internacional de Rescate (IRC) (incrustados en la presentación de diapositivas: diapositiva 9.18), disponibles en: https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121630865687 • Recurso 9.2 Representación de roles sobre la anamnesis: situaciones hipotéticas 1-3. Imprima el material desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores. • Material de apoyo 9a. Ejemplo de formulario de anamnesis. Imprímalo desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes.
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Directrices en materia de abuso sexual infantil (2017; págs. 22-25), disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Esta es la primera de las tres sesiones que tratan la atención mínima esencial para sobrevivientes de agresiones sexuales.</p> <p>A una sobreviviente puede resultarle más difícil revelar una violación, una agresión sexual o un abuso cuando conoce al perpetrador o ha confiado en él (por ejemplo, en el caso de una pareja íntima, un familiar o pariente, un conocido o un profesor de la escuela) que cuando el perpetrador es un desconocido. El personal sanitario debe tenerlo en cuenta a la hora de formular preguntas.</p> <p>Además, hay ciertas particularidades que atañen a los niños, niñas o adolescentes sobrevivientes de violaciones, agresiones sexuales o abusos. Del mismo modo, existen particularidades a la hora de tratar con hombres sobrevivientes de agresiones sexuales, violaciones o abusos.</p> <p>El personal sanitario debe estar familiarizado con las leyes y políticas nacionales en materia de violación, agresión sexual o abuso, incluidas las leyes y políticas relacionadas con las pruebas médico-legales. Además, debe estar familiarizado con los protocolos o procedimientos operativos estándar.</p> <p>Recuerde a los participantes que un principio rector de la anamnesis y la exploración es evitar que las personas sobrevivientes vuelvan a sufrir un trauma. Antes de realizar una anamnesis detallada, es necesario debatir la disponibilidad y las indicaciones a favor o en contra del examen forense y la recogida de pruebas, debate que formará parte del proceso de obtención del consentimiento informado.</p>

Presentación con diapositivas (15 minutos)



Utilice las **diapositivas de la sesión 9** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

- **Para empezar**, proporcione una sinopsis de los pasos del tratamiento clínico de casos de violación.
- Debe darse prioridad a recabar el relato de la agresión sexual y a la evaluación del estado emocional de la persona sobreviviente.
- Destaque que la anamnesis y los antecedentes médicos son el aspecto más importante de la atención. De ellos dependerán el reconocimiento y la atención que se ofrezcan.
- **Subraye que**, en cada visita, la anamnesis y los deseos de la persona sobreviviente serán los que determinen el curso de la visita y la exploración. Si no hay ningún indicio que justifique la realización de una exploración genitoanal, no la haga. No en todos los casos de agresión sexual la persona sobreviviente sufre lesiones genitales.
- **Revise** las leyes pertinentes de notificación obligatoria o proceso judicial de la sesión 5 que se deban compartir con las personas sobrevivientes cuando se las asesore con respecto al consentimiento informado.
- **Invite** a los participantes a compartir las particularidades que afectan al asesoramiento en torno al consentimiento informado cuando se brinda atención a un niño, niña o adolescente sobreviviente. A continuación, muestre el contenido de la diapositiva 9.7.
- **Subraye** la importancia de comunicar a la persona sobreviviente, antes de hacer la anamnesis, las obligaciones de informar a la policía y los límites de la confidencialidad vigentes.
- **Explique** la importancia de incluir información sobre las normas de notificación y la legislación que regula la recogida, el almacenamiento y el uso de pruebas forenses en el proceso de obtención del consentimiento informado para hacer la anamnesis.
- **Averigüe** si la persona sobreviviente quiere acudir o no a la policía.
- Dependiendo del momento de la violación o agresión sexual y de la disponibilidad de un laboratorio forense, **ofrezca** información al respecto a la persona sobreviviente, para que la tenga en cuenta a la hora de decidir si someterse a un examen forense.
- Esta sesión se centra únicamente en la exploración médica y la documentación. En la sesión optativa (sesión 15), se abordan otros contenidos sobre la recogida de pruebas forenses.

Es importante recordar que las personas con identidades de género diversas pueden sufrir agresiones sexuales. Las pruebas demuestran que, en algunas emergencias humanitarias, especialmente en los conflictos, la prevalencia de la violencia sexual hacia los hombres puede ser elevada.

Es importante recordar que la exploración y el tratamiento se deben guiar por la explicación del incidente ofrecida por la persona sobreviviente. Por ejemplo, si revela una penetración oral, puede que no sea necesario realizar una exploración pélvica, pero sí se le debería ofrecer PPE.

Ejercicio 9.1 Debate guiado sobre la recogida de pruebas forenses (20 minutos)



- Para facilitar el debate, utilice las situaciones hipotéticas que plantean si es adecuado o no ofrecer la posibilidad de recoger pruebas forenses (diapositivas 9.9 a 9.11). Dedique unos 15 minutos a moderar el debate en torno a cada una de las dos situaciones. Subraye lo siguiente si los participantes no lo hacen:
 - » Si es obligatorio cumplimentar un certificado médico-legal, puede hacerse sin necesidad de recabar pruebas forenses.

En la mayoría de los casos, el examen forense completo y la recogida de pruebas en contextos de asistencia humanitaria no resultan de utilidad. Es mejor centrarse en una exploración clínica exhaustiva y una documentación detallada.

Presentación con diapositivas (20 minutos)



- **Hacer la anamnesis** (diapositivas 9.12 a 9.18)
 - » Obtenga el consentimiento informado para poder documentar la anamnesis completa.
 - » Tómese su tiempo para hacer la anamnesis completa.
 - » Una anamnesis completa indicará qué tipos de exploraciones, análisis, pruebas forenses y tratamientos son necesarios. Siga el ritmo de la persona sobreviviente. Reserve tiempo para el silencio, el descanso, el llanto y otras pausas
 - » Hay ciertas particularidades que se deben tener en cuenta a la hora de realizar la anamnesis y recabar los antecedentes sociales cuando se brinda atención a niños, niñas o adolescentes sobrevivientes. La información sobre las condiciones de vida de la persona sobreviviente, los cuidadores y la etapa del desarrollo o fase puberal servirán de base para la evaluación exhaustiva y para determinar la atención que requiere el menor (diapositivas 9.14 y 9.15). Si necesita más orientación y materiales de apoyo en relación con la anamnesis y la exploración física de niños, niñas y adolescentes sobrevivientes, consulte: *Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud* (OMS, 2022; págs. 34-35), disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57102> (en lo sucesivo, "Manual sobre el maltrato infantil").
 - » Incluya preguntas que sirvan de base para una evaluación de la salud mental de la persona sobreviviente cuando haga la anamnesis (diapositiva 9.17).
- Muestre el vídeo del IRC sobre el tratamiento clínico de casos de violación en el que se muestra cómo hacer la anamnesis (diapositiva 9.18).

Es importante recordar que los niños, niñas y adolescentes que han sobrevivido a una agresión sexual pueden ser muy sensibles ante las exploraciones o el contacto físico. El personal sanitario debe tratar de minimizar el malestar y, para ello, deberá reducir tanto como sea posible el número de evaluaciones a las que se somete a la persona sobreviviente, en las que se pueden llegar a repetir las mismas preguntas. Pedir a un niño o una niña que cuenten su historia una y otra vez puede hacerles revivir el trauma.

Ejercicio 9.2 Representación de roles sobre la anamnesis (45 minutos)



- Objetivos de aprendizaje del ejercicio** (diapositiva 9.19)
- Practicar las destrezas para hacer una anamnesis, con especial atención a cómo plantear con delicadeza preguntas sobre una agresión sexual.
 - Documente la anamnesis en un formulario estructurado. En algunos contextos, este formulario puede ser el mismo que el que se utiliza para la documentación forense o médico-legal, y es necesario respetarlo.
- Instrucciones para los facilitadores**
- **Divida** a los participantes en grupos de tres. Pida a los participantes que documenten la anamnesis como lo harían en el marco de la prestación de servicios. Si habitualmente los acompaña otro miembro del personal sanitario encargado de la documentación, el tercer miembro del grupo desempeñará ese papel. Si trabajan en solitario, deben practicar la documentación a la vez que hacen la anamnesis.
 - **Distribuya** una situación hipotética diferente del recurso 9.2 a cada uno de los tres miembros del grupo. Cuando interpreten a la persona sobreviviente, esta será su situación hipotética, que no deben compartir con los otros dos participantes.
 - Los "**prestadores de servicios de salud**" deben asumir que ya han atendido los primeros pasos del modelo ANI(MA) y comenzar la representación de roles tratando de obtener el consentimiento informado para hacer una anamnesis completa. Tienen que utilizar preguntas abiertas y de seguimiento para obtener la anamnesis completa y registrar los resultados en el material de apoyo 9a. Ejemplo de formulario de anamnesis.
 - Cada representación debe durar unos 10 minutos. A continuación, pida a los participantes que cambien los papeles dentro del grupo y repitan la actividad utilizando otra de las situaciones hipotéticas previstas.
- Debate guiado** (15 min)
- Pregunte a quienes representaron el papel de pacientes cómo se sintieron al relatar sus historias y con respecto a la respuesta del miembro del personal sanitario.
 - Pregunte a quienes representaron el papel de prestadores de servicios de salud a qué dificultades se enfrentaron para hacer la anamnesis.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 9.20):

- Asegúrese de que el proceso de obtención del consentimiento informado incluya la proporción de información sobre las leyes o políticas que exigen al personal sanitario notificar la violencia y haga saber a la persona sobreviviente la información que se deberá transmitir a las autoridades competentes.
- Obtenga por separado el consentimiento para estos cuatro pasos: anamnesis, exploración física, recogida de pruebas forenses y documentación.
- La anamnesis de la persona sobreviviente fundamenta y determina la exploración y el tratamiento.
- Debe elaborarse una anamnesis exhaustiva y ofrecerse un reconocimiento médico, incluso en los casos en los que no se cumplen los requisitos mínimos para un examen forense.

Sesión 10. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saber realizar la exploración de una mujer o un hombre sobrevivientes de una agresión sexual teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo de edad. Saber cómo documentar una agresión sexual de forma segura y confidencial.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>90 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Sesión 10, diapositivas 10.1 a 10.31 Diapositivas 10.18 a 10.20 para el ejercicio 10.1 Ejercicio 10.1 Descripción de las lesiones (15 minutos) Ejercicio 10.2 Documentar los resultados de la exploración (45 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Videos del IRC (diapositivas 10.8, 10.13, 10.14, 10.27). https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfxzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121629627416 https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfxzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121635155164 https://www.youtube.com/watch?v=6XcM_rx4Jh4 https://www.youtube.com/watch?v=PZZSwxStgJM&feature=youtu.be Recurso 10.2a Documentar los resultados de la exploración: situaciones hipotéticas 1-3. Imprima el material desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores. Material de apoyo 10a. Listas de verificación de la exploración posterior a la violación Imprima una copia por cada participante desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes. Material de apoyo 10b. Lista de comprobación de la documentación sobre lesiones Imprima una copia por participante desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes. Material de apoyo 10c. Pictogramas para documentar las lesiones Imprima una copia por participante desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes. Asegúrese de que los participantes dispongan de 1 o 2 hojas de papel en blanco o rayado para tomar notas
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Directrices en materia de abuso sexual infantil (págs. 21-22) Manual sobre el maltrato infantil (págs. 32-40) <p><i>Puede imprimir las páginas 32-40 como material complementario para los participantes. Si el contexto lo permite, también puede pedir a los participantes que accedan a estas páginas en línea.</i></p>

Contenido de la sesión

Antecedentes



Esta es la segunda de las tres sesiones que tratan la atención mínima esencial para sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja.

Hay ciertas particularidades que se deben tener en cuenta cuando se trata con poblaciones de sobrevivientes distintas de las mujeres adultas. Los hombres y los niños sobrevivientes de violencia sexual tienen necesidades específicas, distintas de las de las mujeres sobrevivientes en edad fértil. Esta capacitación presupone un nivel básico de preparación clínica para la exploración física, incluida la evaluación de lesiones anales y genitales externas y detectadas con espéculo. Recuerde a los participantes que el principio rector de la anamnesis y la exploración física es evitar que las personas sobrevivientes revivan el trauma.

Apunte para la planificación: si los participantes trabajan en un contexto en el que es obligatorio obtener un certificado médico-legal para tratar casos de agresión sexual, se recomienda incluir la sesión 15. Esta sesión proporciona información adicional sobre cómo proteger las cadenas de pruebas y qué hacer en caso de recibir una citación para declarar ante un tribunal. En el anexo 1, encontrará orientaciones y un árbol de decisión respecto a la inclusión de la sesión 15.

Presentación con diapositivas y videos, y práctica de destrezas (ejercicio 10.1. Descripción de las lesiones) (45 minutos)



Exploración física y documentación clínica (diapositivas 10.1 a 10.31)

• Preparación de la exploración:

- » El personal sanitario debe asegurarse de haber preparado un espacio privado para la exploración, con todo el equipo y el material necesario, antes de empezar.
- » Deben obtener el consentimiento informado antes de realizar la exploración.

• Exploración física (diapositivas 10.5 a 10.7)

- » El objetivo principal de la exploración es facilitar la prestación de atención clínica y apoyo psicológico. Al mismo tiempo, el personal sanitario debe saber cómo documentar los resultados de forma minuciosa. Especialmente en aquellos entornos en los que no haya servicios forenses disponibles u operativos, la persona sobreviviente o los servicios judiciales podrían solicitar en un futuro un registro completo de la exploración.
- » Reproduzca los videos del IRC sobre el tratamiento clínico de casos de violación centrados en cómo realizar la exploración física (diapositiva 10.8).

• Exploración genital (diapositivas 10.9 a 10.14)

- » **Recuerde** a los participantes que la exploración pélvica o anal y genital es una cuestión muy delicada para las personas sobrevivientes de violencia sexual. Es crucial ir despacio, pedir permiso para proceder a cada paso y hacer pausas o detenerse siempre que la persona sobreviviente lo necesite.
- » **Recuerde** a los participantes que los tactos vaginales o rectales rara vez están indicados si la agresión ocurrió más de 7 días antes de la consulta.
- » La prueba de virginidad o el tacto vaginal para valorar la presencia del himen (también denominada “prueba de los dos dedos”) no tiene ninguna validez médica ni proporciona ningún indicio sobre si se ha producido o no una agresión sexual. Esta exploración no solo es contraria a los principios sobre los derechos humanos, sino también profundamente traumática para las mujeres y las niñas (diapositiva 10.10). Es posible que haya que explicar a los cuidadores que acompañen a las niñas el motivo por el que no se realiza una prueba de virginidad.
- » No todas las personas sobrevivientes de agresiones sexuales presentan lesiones físicas o genitales. Hay muchas razones para ello, incluidas las habituales reacciones de bloqueo ante una amenaza, en cuyo caso es posible que una persona no se resista, al igual que si ha sido drogada. Es probable que una persona tampoco ofrezca resistencia si se la amenaza con hacerle daño a ella o a sus seres queridos. Dado el alto grado de estigmatización asociado a la violación, las personas sobrevivientes tienen muy pocas razones para mentir y, por lo tanto, es importante que el personal sanitario les crea (diapositiva 10.12).
- » Reproduzca los videos del IRC sobre el tratamiento clínico de casos de violación centrados en la realización de exploraciones vaginales y anales (diapositivas 10.13 y 10.14).

Pregunte si alguien quiere hacer algún comentario o pregunta antes de continuar.

- **Repase los elementos de la documentación de las lesiones** (diapositivas 10.15 a 10.17)
 - » Tenga en cuenta la importancia de que tanto la descripción como la documentación sean objetivas. Esto resulta especialmente relevante cuando se documentan los indicios clínicos de curación.
 - » Es necesario registrar y describir detalladamente todas las lesiones, recientes y antiguas, e incluir también los resultados negativos pertinentes.
 - » Hay que informar a las personas sobrevivientes de que algunas lesiones se pueden hacer más visibles al cabo de unos días y que, si esto ocurre, deben volver para que se puedan examinar y documentar.
 - » La documentación exhaustiva de las lesiones requiere mucho tiempo y paciencia por parte del personal sanitario, además de empatía y atención al estado mental de la persona sobreviviente o a su necesidad de intercalar pausas.
- **Presente el ejercicio 10.1. Descripción de las lesiones** (diapositivas 10.18 a 10.20).
 - » **Explique** a los participantes que las dos diapositivas siguientes contienen imágenes de lesiones sufridas a causa de una agresión sexual. Dispondrán de 2-3 minutos por lesión para tomar notas acordes a las categorías de información requeridas. Pida a los participantes que anoten las descripciones en cuadernos o en una hoja en blanco.
 - » Los **participantes** pueden recurrir al material de apoyo 10b como orientación.
 - » **Anime** a los participantes a hacer las estimaciones más precisas que puedan con respecto a la información que no sea posible deducir de la imagen (por ejemplo, el tamaño o la profundidad).
 - » **Proyecte** la diapositiva 10.19 durante 10 minutos. A continuación, pase a la diapositiva 10.20 y manténgala proyectada durante 5 minutos.
 - » **Pida** a los participantes que hagan preguntas una vez transcurridos 15 minutos.
- **Particularidades de grupos especiales de población** (diapositivas 10.22 a 10.28).
 - Cuando brinde atención a **niños, niñas y adolescentes** sobrevivientes, asegúrese de que, durante la exploración, haya en la sala otra persona adulta además del miembro del personal sanitario que la esté realizando.
 - Durante la exploración de un niño o niña sobreviviente, utilice instrumentos y posiciones que reduzcan al mínimo la incomodidad física o el malestar psíquico. La exploración con espéculo, la anoscopia, la exploración bimanual y el tacto vaginal o anal de niños o niñas prepuberales no son indicados de forma sistemática. Si se debe realizar una exploración con espéculo u otro tipo de exploración traumática por indicación médica, considere el uso de sedación o anestesia general (diapositiva 10.24).
 - Al documentar la anamnesis y los resultados de la exploración, recuerde anotar las discrepancias entre el relato del niño, niña o adolescente y el relato del cuidador. Tome nota de las palabras exactas utilizadas por cada una de las partes siempre que sea posible.
 - Preste atención al aspecto y el estado emocional del niño, niña o adolescente en cada paso de la exploración. Solicite el consentimiento informado y el permiso para continuar en cada paso de la exploración.
 - **Los hombres sobrevivientes** de casos de violencia sexual con frecuencia no denuncian haber sufrido una violación (diapositivas 10.25 a 10.27).
 - » Las normas relacionadas con la masculinidad, así como el miedo a ser etiquetados como gais en entornos donde los encuentros entre personas del mismo sexo están penalizados, pueden disuadir de denunciar a los hombres y niños a los que otros hombres o niños han violado.
 - » Cuando un hombre sufre una violación anal, la presión sobre la próstata puede provocar una erección e incluso un orgasmo, lo que intensifica los sentimientos de vergüenza y culpa. Tranquile al sobreviviente diciéndole que es algo que puede suceder.
 - » Los niños que sufren abusos sexuales por parte de niños mayores u hombres de su familia, de coetáneos o en el ámbito escolar pueden tener miedo debido a la dinámica de poder relacionada con la edad.
 - » La mayoría de los perpetradores de violaciones de niños y hombres son otros hombres y niños. Sin embargo, puede haber casos en los que las perpetradoras sean mujeres y, en tales situaciones, es menos probable que los niños reconozcan los abusos, debido a las normas de género que fomentan la actividad heterosexual⁷.
 - » Reproduzca el vídeo del IRC: Tratamiento clínico de casos de violación - Cómo prestar atención a hombres y niños sobrevivientes (diapositiva 10.27), disponible en: <https://youtu.be/PZZSwxStgjM>.
 - **Las mujeres posmenopáusicas que sufren violaciones** están más expuestas que las mujeres en edad de procrear a sufrir desgarros vaginales, debido a la sequedad vaginal, además de otras lesiones, y esto puede dar lugar a un mayor riesgo de transmisión de ITS y VIH (diapositiva 10.28).

7 Women's Refugee Commission, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Supporting survivors of violence. The role of linguistic and cultural mediators: a guide with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum*. Nueva York; 2021. (<https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/>)

Ejercicio 10.2
Documentación
de los resultados
de la exploración
y debate guiado
(45 minutos)



Objetivos de aprendizaje del ejercicio (diapositiva 10.29)

- Practicar las destrezas para documentar los resultados de una exploración física en un formulario estructurado.

Instrucciones para los facilitadores

- Pida a los participantes que formen parejas. El facilitador desempeñará el papel de la persona sobreviviente y los dos miembros de la pareja actuarán como profesionales sanitarios y documentarán sus lesiones. Si hay dos facilitadores, divida el grupo en dos, para que cada uno trabaje con un subgrupo de parejas. Distribuya dos copias del material de apoyo 10c (Pictogramas para documentar las lesiones) a cada pareja. Pida a las parejas que utilicen el material de apoyo 10c para documentar las lesiones de la persona sobreviviente. Utilice un formulario para documentar las lesiones de cada situación hipotética. Cada pareja debe completar dos situaciones hipotéticas en las dos copias del material de apoyo 10c. Asegúrese de que cada pareja disponga de una copia del material de apoyo 10b (Lista de verificación de la documentación de lesiones) para utilizarla como referencia en este ejercicio.
- **Asegúrese** de que cada facilitador seleccione una ficha diferente (véase el recurso para facilitadores 10.2a). Indique a las parejas de participantes que hagan la anamnesis de la "persona sobreviviente" y la documenten en el material de apoyo 10c.
- Transcurridos 15 minutos, pida a los facilitadores que cambien de grupo, de manera que los participantes puedan documentar las lesiones de las dos "personas sobrevivientes" descritas en las dos situaciones hipotéticas entregadas a cada pareja.

Debate guiado (15 minutos)

- Pida a los participantes que compartan sus conclusiones con todo el grupo.
- Pregunte a los participantes qué dificultades se han encontrado.
- Pregunte a los participantes si hay algo que creen que podrían haber hecho mejor al realizar la exploración física y la documentación.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 10.30):

- La anamnesis determina la exploración y el tratamiento.
- La buena práctica clínica dicta que el personal sanitario pida permiso para proceder en cada paso de la exploración física y la exploración anal y genital.
- La ausencia de pruebas materiales no significa que no haya habido violencia.
- No hay ningún estado emocional concreto que sea indicativo de haber sufrido una agresión sexual o violencia de pareja.
- No recoja pruebas forenses si no se cumplen los criterios mínimos.
- Una documentación clara, completa y objetiva es fundamental para poder prestar apoyo a una persona sobreviviente a través de una atención médica que incluya visitas de revisión y servicios de remisión.
- Hay ciertas particularidades relativas a la exploración de niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales.

Sesión 11. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> Saber ofrecer el tratamiento o la asistencia adecuados a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales, incluidos los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>60 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Sesión 11, diapositivas 11.1 a 11.21 (20 minutos) Ejercicio 11.1 Estudios de caso sobre el tratamiento de las agresiones sexuales (30 minutos)
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Imprima una copia del material de apoyo 11b. Protocolos para la profilaxis postexposición contra el VIH, que encontrará en el anexo en línea B. Materiales de apoyo para los participantes. Recurso 11.1 Decisiones sobre el tratamiento de las agresiones sexuales: estudios de caso 1-4. Imprima el material desde el anexo en línea A. Recursos para facilitadores.
<p>Lecturas complementarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Material de apoyo 11a. Desarrollo puberal en mujeres según la escala de Tanner: Manual clínico, parte 3, págs. 39-59; parte 4, págs. 67-80.
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Esta sesión trata las necesidades de atención clínica inmediata de las personas sobrevivientes de agresiones sexuales. Aunque esta sesión se centra en la medicación prescrita para el tratamiento y la profilaxis de las consecuencias habituales de la violación, tenga en cuenta que es esencial ofrecer la respuesta de primera línea (el modelo ANIMA) completa a las personas sobrevivientes de cualquier forma de agresión sexual. El personal sanitario debe estar familiarizado con los protocolos nacionales, la posología, las pautas terapéuticas y la disponibilidad de la anticoncepción de urgencia, la profilaxis de las ITS y la profilaxis postexposición (PPE) contra el VIH, tanto para adultos como para menores sobrevivientes de agresiones sexuales. También deben conocer la legislación nacional y los requisitos normativos en relación con el aborto.

Presentación con diapositivas y debate guiado (20 minutos)



Utilice **las diapositivas de la sesión 11** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

- Al poner en práctica los pasos del modelo de apoyo de primera línea ANI(MA), es importante reconocer las afecciones o síntomas que pueden requerir un ingreso hospitalario urgente (diapositiva 11.4).
- La prevención de la infección por tétanos es un elemento importante del tratamiento clínico de las agresiones sexuales (diapositiva 11.5).

Prevención del embarazo (anticoncepción de urgencia) para mujeres y niñas que acuden en busca de atención en las 120 horas (5 días) siguientes a una violación en la que se tenga la certeza o la sospecha de que hubo penetración vaginal (diapositivas 11.6 a 11.8).

- El embarazo como consecuencia de una violación es un gran motivo de preocupación para muchas mujeres y niñas. El personal sanitario puede ayudarlas ofreciéndoles anticoncepción de urgencia.
- **Subraye** la importancia del factor tiempo en la anticoncepción de urgencia: tan pronto como sea posible y, a más tardar, 120 horas después de la violación.

Prevención del VIH para las personas sobrevivientes que acuden en busca de atención en las 72 horas siguientes a la violación (diapositivas 11.9 a 11.11).

- **Subraye** el carácter urgente de la administración de la PPE contra el VIH: tan pronto como sea posible y, a más tardar, transcurridas 72 horas.
- **Recuerde** a los participantes que el cumplimiento terapéutico de la PPE puede verse dificultado por barreras como los efectos secundarios (náuseas y vómitos, por ejemplo). Para las personas sobrevivientes de violencia, tomar la PPE puede desencadenar dolorosos recuerdos de la agresión.
- **Reparta** el material de apoyo 11b. Protocolos para la PPE contra el VIH. Remita también a todos los participantes al Manual clínico, pág. 66.
- **Recuerde** a los participantes que las indicaciones para la PPE son las mismas independientemente de la edad de la persona sobreviviente.
- **Indique** a los participantes que el tratamiento con PPE se debe ofrecer:
 - » en caso de exposición a sangre o semen por penetración oral, vaginal o anal, o a través de heridas o mucosas;
 - » si la exposición se produjo en las 72 horas previas a la exploración y la atención.
- **Recuerde** a los participantes que la exposición a lágrimas, saliva sin sangre, orina y sudor no supone un riesgo significativo.

Prevención de las ITS (diapositivas 11.12 a 11.15)

- **Subraye** que todas las salas de curas o de exploración, o los botiquines, en caso de despliegues móviles, deben contar con el material de apoyo pertinente, de acuerdo con las pautas terapéuticas del país, para tratar las ITS más comunes en el entorno. Tenga en cuenta que los medicamentos disponibles pueden cambiar con frecuencia durante las emergencias, en función de las limitaciones de la cadena de suministro. Asegúrese de recibir o solicitar periódicamente información actualizada sobre el protocolo.
- **Remita** a los participantes al anexo 8 de las Directrices CMRIPV, págs. 63-65.
- **Recuerde** a los participantes que se debe ofrecer la vacunación contra la hepatitis B si está indicada por la edad y el historial de vacunación. Si se desconoce el historial de vacunación o la inmunidad actual, administre la vacuna (diapositiva 11.13).

Particularidades del cumplimiento terapéutico en el caso de niños, niñas y adolescentes (diapositiva 11.14).

- Cuente con una persona adulta de confianza y fidedigna que pueda ayudar con el cumplimiento, encargarse de los cuidados domésticos y recordar las revisiones, además de detectar y tratar los efectos secundarios.
- Siga los protocolos locales para establecer unas pautas terapéuticas de PPE adecuadas a la edad y el peso (material de apoyo 11b).
- La vacunación contra el virus de los papilomas humanos (VPH) se debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes de entre 9 y 14 años, según las directrices nacionales, y a quienes nunca se hayan vacunado. La vacuna contra el VPH puede administrarse simultáneamente con la vacuna contra la hepatitis B, pero en un punto de inyección diferente y utilizando jeringuillas distintas.

Autocuidado y consultas de revisión para servicios de atención de larga duración (diapositivas 11.16 y 11.17)

- **Remita** a los participantes a los materiales de apoyo del Manual clínico, págs. 59-63, como herramienta para programar las consultas de revisión y comunicar qué signos y síntomas podrían motivar que se adelantase la revisión.
- **Actualice** la diapositiva 11.17 con la legislación aplicable al contexto y los requisitos para acceder a los servicios de aborto sin riesgos tras una violación.
- **Explique** cómo y dónde se pueden obtener medicamentos esenciales en una situación de emergencia (diapositiva 11.18).
- **Pregunte** si alguien tiene dudas o preguntas.

Ejercicio 11.1
Decisiones sobre el tratamiento de las agresiones sexuales (30 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Mejorar la toma de decisiones clínicas sobre tratamientos para sobrevivientes de violaciones o agresiones sexuales.

Instrucciones para los facilitadores (diapositiva 11.19)

- **Divida a los participantes** en grupos de 3-4 personas.
- **Cada grupo seleccionará** a un relator para realizar la exposición ante el conjunto de participantes.
- Hay cuatro estudios de caso (véase el recurso 11.1 Decisiones sobre el tratamiento de las agresiones sexuales). En función del tiempo disponible, asigne uno o dos estudios de caso a cada grupo.
- **Conceda a cada grupo 7 minutos** por estudio de caso para debatir y rellenar los cuadros que describen qué tratamientos ofrecerían, qué pruebas realizarían y qué remisiones harían, así como para justificar sus decisiones.
- **Después de 15 minutos** (si cada grupo tiene dos estudios de caso), indique a todo el grupo que vuelva a reunirse.
- **Pida al relator** de cada grupo que presente (en 3-4 minutos) uno de sus estudios de caso y explique sus decisiones respecto al tratamiento y la atención.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 11.20):

- El tratamiento inmediato incluye apoyo de primera línea, tratamiento de lesiones, anticoncepción de urgencia, PPE contra el VIH, profilaxis contra ITS, prevención de la hepatitis B y el VPH, y servicios de aborto sin riesgos en la medida en que lo permita la legislación vigente.
- El tratamiento de casos de violación o agresión sexual dependerá de si la persona sobreviviente acude en busca de atención en las primeras 72-120 horas. La mayoría no lo hace.
- Sin embargo, aunque se haya superado ese plazo, el apoyo de primera línea (el modelo ANIMA) servirá de ayuda a todas las personas sobrevivientes, si bien algunas pueden necesitar una atención de salud mental complementaria, en función de sus síntomas.
- Para poder decidir qué pruebas realizar y qué tratamientos ofrecer, el personal sanitario debe concretar el relato de la agresión y lo que ha ocurrido desde entonces.

Sesión 12. Salud mental y apoyo psicosocial

Preparación e información general	
Objetivos de aprendizaje y competencias 	Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja. Objetivo 4: demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos. Competencias: <ul style="list-style-type: none">• Conocer la prestación de servicios básicos de salud mental y apoyo psicosocial.• Saber dónde remitir a los pacientes para que reciban servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Duración de la sesión 	60 minutos
Diapositivas y ejercicios 	<ul style="list-style-type: none">• Sesión 12, diapositivas 12.1 a 12.24, incluye un vídeo (30 minutos)• Ejercicio 12.1 Técnicas para reducir el estrés (10 minutos)• Ejercicio 12.2. Representación de roles en torno a la prestación de servicios básicos de atención de salud mental (20 minutos)
Materiales y documentos 	<ul style="list-style-type: none">• No aplicable
Lecturas complementarias 	<ul style="list-style-type: none">• Material de apoyo 12a. Técnicas para reducir el estrés• Material de apoyo 12b. Cuadro para evaluar si existe un trastorno depresivo moderado a grave• Material de apoyo 12c. Cuadro para evaluar si existe un trastorno de estrés postraumático (TEPT)• Directrices CMRIPV: parte 5, págs. 33-35, y anexo 10, págs. 68-69• Directrices en materia de abuso sexual infantil de la OMS, págs. 33-38• <i>Guía de intervención mhGAP de la OMS, versión 2.0</i>⁸• <i>En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada</i>⁹

8 *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), versión 2.0.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250239>).

9 *En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/250239>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Contenido de la sesión

Antecedentes



Esta sesión fomentará el desarrollo de las destrezas adquiridas con respecto a la prestación de apoyo de primera línea (es decir, una adaptación de la atención psicológica inmediata ofrecida a través del modelo ANIMA) para brindar apoyo psicosocial básico y evaluar o identificar a las personas con síntomas o trastornos de salud mental que necesiten ser remitidas a servicios especializados de atención de salud mental.

En muchos entornos, no hay servicios especializados de salud mental. Aun así, en estos entornos, hay vías que los trabajadores de primera línea pueden explorar para ayudar a las personas sobrevivientes con su salud mental. El contenido de esta sesión va dirigido a todo el personal sanitario de primera línea, no a los especialistas en salud mental. Se ha elaborado teniendo en cuenta que, incluso en entornos de bajos recursos en los que no se dispone de especialistas en salud mental, es posible reforzar las destrezas de asesoramiento y psicoeducación del personal sanitario de primera línea —ya sean médicos, enfermeros, parteras, trabajadores sociales o asesores— para que pueda ofrecer apoyo psicosocial básico. En esta sesión, se aclara que, en caso de trastornos de salud mental más graves, como la depresión moderada a grave o el trastorno de estrés postraumático, puede que sea necesario remitir a los pacientes a especialistas en salud mental (por ejemplo, psiquiatras o psicólogos clínicos).

Presentación con diapositivas y debate guiado (15 minutos)



Utilice **las diapositivas de la sesión 12** para presentar el contenido de la sesión. Encontrará información más detallada en la sección de notas de cada diapositiva (véase la presentación).

Introducción a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias (diapositivas 12.1 a 12.8)

- Las reacciones de malestar psíquico son frecuentes tras haber sufrido violencia. Las personas sobrevivientes corren un mayor riesgo de experimentar una serie de síntomas, como sentimientos de culpa y vergüenza, ira, ansiedad y miedo, así como pesadillas, pensamientos suicidas o tentativas de suicidio, entumecimiento, abuso de sustancias, disfunción sexual, dolencias somáticas sin causa médica aparente y retraimiento social.
- Estas reacciones, por abrumadoras que sean, suelen ser temporales y son reacciones normales ante un caso de agresión sexual o de violencia de pareja. Es probable que estos problemas mejoren con el tiempo, si la situación de violencia termina. La mayoría de las personas sobrevivientes se recuperan, especialmente si se sienten seguras y reciben apoyo emocional y comprensión de las personas en quienes más confían.
- **Pida** a los participantes que compartan un lugar físico de su cuerpo en el que sientan o concentren su estrés, colocando una nota adhesiva o un gomete en las siluetas proyectadas en la diapositiva 12.5.
- **Revise** las manifestaciones específicas del afrontamiento funcional y del disfuncional.

Conocimientos básicos sobre la atención de salud mental (diapositivas 12.9 a 12.12)

- La atención médica a las personas sobrevivientes incluye la evaluación de problemas psicológicos y emocionales, así como la prestación de apoyo psicosocial básico y, en caso necesario, la remisión de la persona sobreviviente a otros proveedores de servicios que puedan tratar los trastornos mentales comunes, el abuso de sustancias, los comportamientos de riesgo y otros problemas sociales o de salud mental.
- Es posible que la mayoría de los participantes no trabajen como profesionales de la atención de salud mental. Programas como el mhGAP de la OMS y los que ofrecen algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) están ayudando a responder a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia.
- Sin embargo, como personal sanitario de primera línea, los participantes desempeñarán un papel importante ofreciendo apoyo de primera línea y apoyo psicosocial básico.
- Una forma de prestar apoyo a la mayoría de las personas sobrevivientes consiste en fortalecer sus destrezas básicas de afrontamiento, en particular la gestión del estrés. Algunas personas sobrevivientes pueden necesitar una evaluación y un tratamiento complementarios por parte de un especialista en trastornos mentales.
- La atención básica de salud mental abarca el fortalecimiento de los métodos de afrontamiento positivo de la persona sobreviviente, así como la enseñanza y la práctica de técnicas de gestión del estrés.

Ofrecer apoyo psicosocial básico (diapositivas 12.9 a 12.12)

- El personal sanitario de primera línea puede brindar apoyo psicosocial básico, que incluye ayudar a las personas sobrevivientes a desarrollar métodos de afrontamiento positivo, facilitarles apoyo social y enseñarles a practicar la reducción del estrés.
- Cuando una persona sobreviviente señala un problema, darle un consejo no es la mejor solución. En su lugar, el personal sanitario debe ayudarlo a detectar los problemas y encontrar sus propias soluciones.
- Es importante diferenciar entre trastornos mentales leves y moderados o graves. Estos últimos requieren la remisión a un especialista para una evaluación más exhaustiva que conduzca a un diagnóstico.

Ejercicio 12.1
Opciones A y B.
Técnicas para
reducir el estrés
(10 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio 12.1 (diapositivas 12.13 y 12.14)

- **Practicar** ejercicios para reducir el estrés que el personal sanitario y asistencial puede ofrecer como parte de la atención básica de salud mental y apoyo psicosocial y utilizar en el plano personal.

Instrucciones para el facilitador

- **Informe** a los participantes de que practicaremos las técnicas para reducir el estrés recomendadas en la sección sobre atención de salud mental del Manual clínico (págs. 70-71).
- **Explíqueles** que estas técnicas pueden ayudar a que las personas se sientan tranquilas y relajadas. Las personas sobrevivientes pueden poner en práctica los ejercicios para reducir el estrés siempre que estén estresadas, ansiosas o no puedan dormir.
- Hay dos ejercicios para reducir el estrés. Si el tiempo lo permite, practique ambos. Si dispone de poco tiempo, elija uno de ellos. Remita a los participantes al material de apoyo 12a para que puedan seguir practicándolos en su tiempo libre, pero repáselos una vez en la sesión.

Técnica de respiración lenta (opción A)

- » Intente mantener los ojos cerrados. Siéntese con la planta de los pies apoyada en el suelo.
- » Primero, relaje el cuerpo. Sacuda fuertemente los brazos y las piernas, y luego aflójelos y déjelos caer. Rote los hombros hacia atrás y mueva la cabeza de un lado a otro varias veces.
- » Coloque las manos sobre el vientre. Concéntrese en la respiración.
- » Exhale lentamente todo el aire por la boca y sienta cómo se aplana el vientre. Ahora, inspire lenta y profundamente por la nariz, y sienta cómo se llena el vientre como un globo.
- » Respire profunda y lentamente. Puede contar hasta tres cada vez que inhala y cada vez que exhala.
- » Siga respirando así durante unos 2 minutos, notando cómo la tensión abandona su cuerpo a medida que respira.

Técnica de relajación muscular progresiva (opción B)

- » Curve los dedos de los pies y mantenga los músculos en tensión. Inspire profundamente; cuente hasta 3 mientras mantiene la posición. Relaje los dedos de los pies y suelte el aire. Respire con normalidad y sienta la relajación en los dedos de los pies.
- » Haga lo mismo sucesivamente con estas partes del cuerpo. Cada vez, inspire profundamente mientras tensa los músculos, cuente hasta tres, relájese y espire lentamente.
- » Tense los músculos de las piernas... 1-2-3
- » Tense los músculos abdominales... 1-2-3
- » Apriete los puños... 1-2-3
- » Doble los brazos a la altura de los codos y tense los músculos de los brazos... 1-2-3
- » Intente juntar los omóplatos y mantenga la tensión... 1-2-3
- » Levante los hombros tanto como pueda... 1-2-3
- » Tense todos los músculos de la cara... 1-2-3
- » Deje caer la barbilla lentamente hacia el pecho al inspirar, lenta y cuidadosamente.
- » Mueva la cabeza dibujando un círculo hacia la derecha y luego espire mientras lleva la cabeza en un nuevo círculo hacia la izquierda, y de vuelta hacia el pecho. Hágalo una vez más. Y otra más. Ahora, cambie la dirección. Inhale al llevar la cabeza hacia la izquierda y exhale cuando vaya hacia la derecha y de vuelta al pecho. Hágalo una vez más. Y otra más.
- » Ahora, lleve la cabeza al centro. Disfrute del sosiego que siente.

Debate guiado (5 minutos)

- Comente con los participantes cómo se han sentido al practicar los ejercicios (por ejemplo, qué efectos positivos han notado o si han tenido algún problema para hacerlos) y pregunte si alguien tiene dudas al respecto.
- Recuerde a los participantes que estos mismos ejercicios les pueden resultar útiles en su vida diaria, cuando necesiten mantener la calma y reducir el estrés que les genera atender a sus pacientes.

Presentación con diapositivas (15 minutos)



Evaluar los trastornos de salud mental moderados y graves (diapositivas 12.15 a 12.18)

Véanse las páginas 72-84 del Manual clínico. Los participantes interesados en profundizar en el tratamiento de la depresión, el TEPT y otros trastornos mentales pueden consultar la *Guía de intervención mhGAP*.

- **Revise** Diapositivas 12.15 a 12.18. Destaque la importancia de tomarse en serio todos los signos de autolesión o ideas de suicidio (diapositiva 12.15).
- **Subraye** que el malestar psíquico es habitual cuando se acaba de vivir una experiencia potencialmente traumatizante, como un acto violento. Sin embargo, cuando un conjunto concreto de síntomas (por ejemplo, la rememoración, la evitación, la intensificación de la sensación de amenaza actual) persiste durante más de un mes después del suceso, las personas sobrevivientes deben volver para someterse a una evaluación. Remita a los participantes a los materiales de apoyo 12b. y 12c, para que los utilicen una vez finalizada la capacitación.
- **Explique** a los participantes que, incluso como personal sanitario y asistencial no especializado, pueden ofrecer apoyo psicosocial básico o psicoeducación, o bien prescribir antidepressivos (si han recibido formación sobre su uso). Reproduzca el vídeo del curso mhGAP de la OMS (diapositiva 12.16): <https://www.youtube.com/watch?v=hdR8cyx2iYU>.
- **Subraye** la importancia de las consultas de revisión, especialmente si los síntomas de malestar psíquico persisten durante al menos un mes. Si es el caso, el personal sanitario y asistencial de primera línea puede evaluar si se trata de un caso moderado o grave de depresión o TEPT y remitir a los pacientes a terapeutas o especialistas en salud mental para que reciban tratamiento psicológico.

Suicidio y autolesiones

Puede que tenga miedo a que pregunte a una persona sobreviviente sobre el suicidio la lleve a suicidarse, pero no es así. De hecho, hablar de ello puede reducir la ansiedad de una persona sobreviviente con ideas de suicidio.

Pregunte a la persona sobreviviente qué espera del futuro. Si muestra desesperanza, estudie si puede tener ideas o un plan de suicidio o si ha intentado autolesionarse o suicidarse. Si es así, remítala de inmediato a un especialista. No deje sola a la persona sobreviviente a menos que tenga la atención adecuada.

Los trastornos mentales moderados y graves no se pueden evaluar ni diagnosticar en el período inmediatamente posterior a un suceso grave. La depresión o el TEPT solo se diagnostican si los síntomas de malestar psíquico persisten durante un mes tras el suceso.

Ejercicio 12.2 Representación de roles en torno a la prestación de servicios básicos de atención de salud mental (20 minutos)



Objetivo de aprendizaje del ejercicio

- Practicar destrezas de resolución de problemas como método para ofrecer apoyo psicosocial básico a los pacientes (diapositivas 12.21 y 12.22).

Instrucciones para los facilitadores

- Forme parejas. Un participante interpretará a una persona que esté buscando ayuda para afrontar una preocupación o inquietud. El segundo participante interpretará a un miembro del personal sanitario.
- Persona que busca ayuda: piense en un problema que tenga o haya tenido recientemente y que no le importe compartir con su colega. Comparta el problema con la persona que interpreta el papel de miembro del personal sanitario.
- Miembro del personal sanitario: utilice el enfoque de resolución de problemas en cinco pasos
 1. Nombre o identifique el problema
 2. Describa el contexto del problema
 3. Proponga distintas soluciones
 4. Priorice las soluciones
 5. Elabore un plan de acción

Después de 7 minutos, deberán intercambiarse los papeles.

Debate con todo el grupo (5 minutos)

Posibles preguntas:

- Pida a los participantes que hayan interpretado el papel del solicitante de ayuda que expliquen qué sintieron al hablar de su problema con un colega. ¿Qué les resultó más útil, qué más se podría haber hecho y qué se podría haber hecho de forma diferente?
- Pregunte a los participantes que han interpretado el papel del miembro del personal sanitario qué creen que han hecho bien. ¿Tuvieron dificultades con alguno de los pasos?

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 12.23):

- Incluso en entornos con pocos recursos, el personal sanitario y asistencial de primera línea puede ofrecer apoyo psicosocial básico.
- El apoyo psicosocial básico incluye ejercicios para reducir el estrés.
- Evalúe a las personas sobrevivientes que presenten síntomas persistentes de un trastorno de salud mental para detectar casos de depresión y TEPT de moderados a graves.
- Trate los trastornos moderados y graves o remita estos casos a especialistas en salud mental.

Sesión 13. Autocuidado y prevención del agotamiento

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 4: demostrar conocimientos sobre cómo acceder a recursos y apoyo para los pacientes y para sí mismos.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber cómo acceder al autocuidado y cómo ponerlo en práctica en un contexto de crisis. • Saber cómo apoyar a otros prestadores de servicios de salud que puedan estar enfrentándose a un trauma vicario por trabajar con sobrevivientes o experimentando estrés relacionado con los efectos de la situación de emergencia en sus propias vidas.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>30-45 minutos</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 13, diapositivas 13.1 a 13.12 (10 minutos) • Pausa para relajarse (opcional, 15 minutos) • Ejercicio 13.1 Elaboración de un plan de atención colectiva
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para los puestos de autocuidado acordes a la cultura de los participantes (por ejemplo, té o café; zona de oración; zona para música/percusión; rincón acogedor con mantas suaves y almohadas)
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>El propósito de esta sesión es ayudar a los prestadores de servicios de salud a tomar conciencia de los síntomas de trauma indirecto, desgaste y estrés que les pueda provocar su labor de atención a sobrevivientes de casos de violencia, especialmente con las limitaciones de la prestación de atención sanitaria durante una emergencia humanitaria.</p>

<p>Presentación con diapositivas (10 minutos)</p> 	<p>Importancia del autocuidado y del cuidado colectivo para el personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> Las personas sobrevivientes no son las únicas que sufren estrés cuando viven una emergencia humanitaria. Como miembro del personal sanitario, es probable que tenga sus propias preocupaciones con respecto a su hogar, su familia y sus seres queridos. Aunque preste servicio como personal de socorro y no tenga seres queridos que vivan en la zona afectada, es probable que sufra estrés y ansiedad en torno a su seguridad, puede que esté durmiendo pocas horas o que le asalten recuerdos e imágenes relacionados con otras crisis vividas en el pasado. Pida a unos cuantos participantes que hablen de las estrategias que utilizan para reducir el estrés o que ven que les resultan útiles a sus colegas (diapositiva 13.6). <p>Reconocer el estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> Los síntomas de estrés no solo son perjudiciales para quien lo padece, sino que pueden afectar a la calidad de la atención que brinda. El estrés se puede manifestar de muchas formas diferentes, entre las que se incluyen emociones como la ansiedad y la irritabilidad, síntomas como dificultades para concentrarse o afecciones psicósomáticas (por ejemplo, problemas para dormir, malestar epigástrico, dolor corporal). El estrés también puede exacerbar los trastornos mentales existentes, como la ansiedad y la depresión, o provocar un aumento en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas. Independientemente de cómo se manifieste, los prestadores de servicios de salud deben buscar apoyo y ayuda si reconocen signos de estrés en sí mismos o en sus colegas.
<p>Ejercicio 13.1 (15 minutos)</p> 	<p>Elaboración de un plan de atención colectiva (diapositivas 13.9 y 13.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> Organice a los participantes en grupos por punto de prestación de servicios u organización, de forma que quienes trabajen juntos estén en el mismo grupo. Si todos los participantes, o muchos de ellos, trabajan juntos, agrúpelos según el equipo de prestación de servicios al que pertenezcan. Explique a los participantes que disponen de 15 minutos para proponer 1) ideas concretas para mejorar el autocuidado que pueden y van a poner en práctica al volver a casa o a la zona de despliegue y 2) estrategias colectivas para prevenir o manejar el estrés. Deben tomar apuntes para su uso personal. Si las ideas requieren el apoyo de un supervisor, deben determinar los pasos que seguirán para ponerlo al corriente de sus ideas y solicitudes.
<p>Pausa para relajarse (opcional, 15 minutos)</p> 	<p>Mientras uno de los facilitadores presenta el sucinto contenido de esta sesión, el otro debe ir preparando rincones de relajación por toda la sala. Sea creativo y elija opciones adecuadas a la cultura del lugar. A continuación, se enumeran algunas posibilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cree un rincón donde practicar estiramientos y yoga. Podría incluir copias en tamaño póster de los ejercicios de atención consciente del material de apoyo 12a. Técnicas para reducir el estrés. Prepare una zona para la oración. Cree un rincón de relajación con cojines en el suelo, mantas y bebidas calientes. Disponga de una lista de reproducción de 15 minutos divertida y bailable en un dispositivo de reproducción digital. Pida a los participantes que hagan sus propias sugerencias. Ofrezca aceites corporales o productos de aromaterapia de la medicina tradicional local para que los participantes los utilicen para masajearse las manos. <p>Invite a los participantes a dedicar 15 minutos a una de las actividades de cuidado personal comentadas.</p>
<p>Recapitulación</p> 	<p>Pregunte si alguien tiene dudas o preguntas. Enuncie los mensajes clave (diapositiva 13.11):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sea consciente de sus propias necesidades emocionales. Practique el autocuidado mediante ejercicios para reducir el estrés y busque ayuda profesional cuando la necesite. Cuide de sus colegas y pídale que le cuiden.

Sesión 14. Simulación clínica

Preparación e información general	
<p>Objetivos de aprendizaje y competencias</p> 	<p>Objetivo 2: mostrar conductas y asumir valores que contribuyan a prestar unos servicios que ofrezcan seguridad y apoyo.</p> <p>Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mostrar un adecuado razonamiento clínico para responder a los deseos y necesidades de las personas sobrevivientes.• Mostrar comprensión de las limitaciones de los servicios ofrecidos a las personas sobrevivientes en contextos específicos.
<p>Duración de la sesión</p> 	<p>180 minutos (si se realiza en pequeños grupos con todas las situaciones hipotéticas). Hay una variante de 120 minutos disponible.</p>
<p>Diapositivas y ejercicios</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Sesión 14, diapositivas 14.1 a 14.4• Ejercicio 14.1 Simulaciones clínicas
<p>Materiales y documentos</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Recurso 14.1 Formulario de observación y comentarios Imprima una copia por participante.• Recurso 14.2 Notas para las situaciones hipotéticas de simulación clínica: situaciones hipotéticas 1-5. Imprima y distribuya las indicaciones y las notas para los supuestos a los participantes y facilitadores, de acuerdo con las funciones que se les hayan asignado.• Materiales para montar las simulaciones. Puede utilizar maniqués de enfermería o de obstetricia, maquillaje u otros cosméticos o imágenes de lesiones que se sujetarán a la ropa con cinta adhesiva o impermeables. Lo más habitual es tomar prestados los maniqués de hospitales universitarios o centros de capacitación de personal sanitario locales.
Contenido de la sesión	
<p>Antecedentes</p> 	<p>Para presentar la sesión, explique que es una oportunidad de profundizar en la práctica clínica. Anime a los participantes a continuar con su formación de manera autodidacta, utilizando materiales de apoyo y mediante el aprendizaje en el puesto de trabajo. Esto puede incluir la revisión de casos clínicos, la supervisión y la mentoría.</p>

Ejercicio 14.1
Simulaciones
clínicas (180
minutos) (30
minutos de
preparación,
120 minutos de
representación
de roles y
30 minutos
de sesión
informativa)



Instrucciones para los facilitadores

- **Esta sesión requiere una preparación previa importante.** En función del contexto, puede que tenga que evaluar los recursos disponibles y determinar el método más adecuado para organizar las simulaciones con bastante antelación.
- Los facilitadores pueden elegir entre diversas opciones para mostrar las lesiones en el cuerpo de las personas sobrevivientes en los supuestos de simulación. Se pueden pegar imágenes de las heridas o lesiones en el cuerpo del voluntario que interpreta el papel de la persona sobreviviente, utilizar maquillaje u otros cosméticos para simular las heridas, o bien combinar ambos métodos. Cuando los recursos lo permitan, podrán utilizarse maniqués de enfermería o de obstetricia. Algunos maniqués utilizados con fines didácticos pueden incluir opciones encajables para los genitales masculinos y femeninos y otras opciones para la evaluación y documentación de traumatismos físicos.
- Para el supuesto relativo a un niño sobreviviente (supuesto 5, Recurso 14.2), incluya en el rincón de simulación elementos que deberían estar presentes en un espacio adecuado para niños (por ejemplo, material de dibujo, juguetes, muñecas, etc.)
- La simulación es un ejercicio dinámico de representación de roles en el que las condiciones del supuesto evolucionan en respuesta a las decisiones y acciones que toman los participantes. Para posibilitar el ejercicio de simulación, los facilitadores “prepararán la escena” e informarán a los participantes de nuevos detalles o actualizaciones sobre el contexto operacional a medida que avanza el ejercicio, a fin de poner a prueba sus conocimientos y su capacidad de resolución de problemas (véase el recurso 14.2).
- Las instrucciones completas para cada supuesto de simulación se presentan en el recurso 14.2 (Notas para los supuestos de simulación clínica), que incluye las instrucciones para la representación de roles, las notas sobre antecedentes y contexto para los facilitadores y las preguntas para debatir sobre el supuesto. Se recomienda realizar las modificaciones que sean necesarias para simular los casos y desafíos más comunes a los que se vayan a enfrentar los participantes en su ejercicio profesional.
- Además, los facilitadores utilizarán el recurso 14.1 (Formulario de observación y comentarios) para comentarle individualmente a cada participante las destrezas y competencias demostradas en la simulación. Compruebe si se respeta el protocolo clínico en materia de tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, si se ponen en práctica los principios de la atención centrada en las personas sobrevivientes y si se presta apoyo de primera línea.
- Cada supuesto incluye dos papeles, como mínimo: la persona sobreviviente y el miembro del personal sanitario. Asegúrese de que cada participante represente el papel del miembro del personal sanitario en la simulación al menos una vez, para poner en práctica las destrezas y los conocimientos adquiridos durante la capacitación.
- Los facilitadores pueden considerar la posibilidad de invitar a entre tres y cinco voluntarios de sus redes profesionales para que representen papeles adicionales en la simulación. Añadir más papeles a la simulación (por ejemplo, personas de apoyo que acompañan a las sobrevivientes, otros prestadores de servicios de salud o responsables de centros sanitarios) puede contribuir a crear un entorno que se parezca más al de un centro sanitario auténtico. Estos papeles pueden ayudar a los participantes a poner en práctica sus destrezas y a afrontar los desafíos singulares del ámbito sanitario. Los voluntarios que colaboren con el ejercicio de simulación contarán con un sólido conocimiento y comprensión de la violencia de género. Estas personas no se deben seleccionar entre los participantes.
- Pida a los participantes que interpretan el papel de la persona sobreviviente que, antes de comenzar la simulación, se familiaricen con la historia y las notas facilitadas sobre las lesiones (véase el recurso 14.2). Si es necesario, los participantes pueden consultar las notas durante la simulación, pero deberían hacerlo lo menos posible.
- Habrá que reservar unos 30-45 minutos para preparar la simulación. Los facilitadores pueden consultar el programa modelo A del [anexo 1](#) para obtener sugerencias sobre cómo incorporar la simulación a un programa de capacitación completo y, así, garantizar el tiempo adecuado para la preparación.
- **Reserve** aproximadamente una hora para cada supuesto. El tiempo dedicado a esta actividad debe permitir que cada participante pueda representar el papel de miembro del personal sanitario al menos una vez, aunque lo ideal sería que lo hiciese en dos supuestos (es decir, un total de 2 horas).

» A continuación, se ofrecen dos opciones para organizar los rincones de simulación. Elija la mejor opción en función del tiempo y los recursos disponibles.

- Opción A. Prepare dos rincones de simulación. Divida a los participantes que actúen como prestadores de servicios de salud en dos grupos. Los mejores resultados se obtendrán con grupos de entre tres y cinco personas. En cada simulación, pida a los participantes que se turnen para desempeñar el papel de miembro del personal sanitario. Cada participante debe basarse en las acciones y decisiones que haya tomado el participante que le haya precedido en la simulación. Anime a los participantes a que ofrezcan apoyo y comentarios. Permita que los participantes "llamen a un colega" si se quedan bloqueados o se sienten inseguros sobre cómo proceder mientras se representa el supuesto.
 - Opción B. Prepare cinco rincones de simulación. Divida a los participantes que actúan como prestadores de servicios de salud en parejas. En cada pareja, una persona asumirá el papel de profesional sanitario y la otra, el de su auxiliar. Cada pareja trabajará en colaboración para atender las necesidades de la persona sobreviviente en el ejercicio de simulación. Asigne a cinco voluntarios el papel de facilitadores (uno por rincón) y a otros cinco, el de sobrevivientes (uno por rincón). Los facilitadores de la capacitación deben rotar por los cinco rincones de simulación para aportar comentarios a cada uno de los participantes. Ejecute los supuestos de simulación dos veces, de modo que cada participante tenga la oportunidad de desempeñar el papel de miembro del personal sanitario.
- Cuando desempeñen el papel de miembro del personal sanitario, los participantes deberán utilizar copias del material de apoyo 9a (Ejemplo de formulario de anamnesis y exploración para casos de agresión sexual) y el material de apoyo 10c (Pictogramas para documentar las lesiones) para la documentación (se puede imprimir una copia del material de apoyo por participante desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes).
 - Después de cada simulación, los facilitadores deben moderar un debate de 5-10 minutos con los participantes. Encontrará preguntas específicas para fomentar el debate sobre los supuestos al final de la hoja de instrucciones de cada uno de ellos (consulte el recurso 14.2).
 - Tras las simulaciones, dedique 30 minutos a un debate conjunto, para que los participantes de los distintos grupos puedan compartir lo aprendido con los demás.

Nota: NO se deberían realizar simulaciones de exploraciones pélvicas con personas voluntarias durante la capacitación.

En caso de que el examen pélvico esté justificado en alguno de los supuestos, los proveedores deben seguir el proceso para obtener el consentimiento informado y, a continuación, pedir al facilitador que proporcione un resumen verbal de los resultados de la exploración pélvica.

Recapitulación



Pregunte si alguien tiene **dudas o preguntas**. Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 14.4):

- El desarrollo de destrezas clínicas, como la prestación de apoyo de primera línea, la detección de la violencia de pareja mediante signos y síntomas, la obtención del consentimiento informado de sobrevivientes de agresiones sexuales y el saber en qué fijarse en una exploración física integral, requiere práctica.
- Cuanto más practique, más seguridad y pericia mostrará.
- Esta sesión le ofrece la oportunidad de practicar lo aprendido, pero es importante continuar practicando y escuchar la opinión de compañeros y supervisores para seguir perfeccionando la práctica clínica una vez finalizada la capacitación.
- Hay muchas formas de aprender, como revisar casos clínicos difíciles, repasar historias clínicas o pedir información.

Sesión 15. Examen forense (opcional)

Preparación e información general	
Objetivos de aprendizaje y competencias 	Objetivo 3: demostrar las destrezas clínicas adecuadas al ámbito de trabajo para dar respuesta a los casos de agresión sexual y violencia de pareja. Competencia: <ul style="list-style-type: none">Saber cuándo y cómo recoger pruebas forenses.
Duración de la sesión 	45 minutos
Diapositivas y ejercicios 	<ul style="list-style-type: none">Sesión 15, diapositivas 15.1 a 15.30, incluye vídeos (45 minutos)
Materiales y documentos 	<ul style="list-style-type: none">Vídeo: recogida de pruebas durante la exploración, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=TU6vNcttaW4Vídeo: recogida, tratamiento y almacenamiento de pruebas materiales, disponible en: https://youtu.be/3YmAKBTq9vg
Lecturas complementarias 	<ul style="list-style-type: none"><i>Strengthening the medico-legal response to sexual violence</i> (Refuerzo de la respuesta médico-legal en casos de violencia sexual)¹⁰Material de apoyo 15a. Consejos para el examen forense y la obtención de pruebas
Preparación previa en función del contexto local 	<ul style="list-style-type: none">Prepárese con antelación repasando los siguientes aspectos del contexto jurídico y político, para poder comentarlos en la sesión.<ul style="list-style-type: none">» ¿Quién puede realizar un examen forense? (¿Cualquier médico o enfermero, o debería ser un especialista en medicina forense?)» ¿Cuál es la formación mínima exigida?» ¿Quién puede actuar como perito judicial ante un tribunal?» ¿Qué formularios se necesitan para documentar las pruebas forenses?» Hay que actualizar las diapositivas 15.6 y 15.7 para que reflejen el contexto local antes de impartir la sesión.

10 Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/197498>).

Contenido de la sesión

Antecedentes



Esta sesión trata de la recogida de pruebas forenses tras una agresión sexual.

El personal sanitario encargado de realizar exámenes forenses puede considerar que la recogida de pruebas forenses es su principal cometido tras una violación. Sin embargo, su principal cometido es, de hecho, prestar atención clínica, incluido el apoyo de primera línea.

No obstante, si un miembro del personal sanitario actúa en un contexto en el que va a participar en el examen forense y la recogida de pruebas, debe estar familiarizado con las leyes y políticas nacionales y locales en materia de agresión sexual, en particular con aquellas que estén relacionadas con la recogida de pruebas forenses.

El personal sanitario cuyo alcance del ejercicio profesional no le permita certificar formularios y pruebas forenses, o que no disponga de autorización legal para ello, deberá asumir un papel de apoyo o auxiliar durante el examen forense.

Presentación y diapositivas (45 minutos)



Aspectos básicos de la criminalística (diapositivas 15.4 a 15.9)

- Si una persona sobreviviente decide acudir a la policía o emprender acciones para obtener reparación judicial, o si es posible que quiera hacerlo en un futuro, es importante recoger pruebas forenses. Además, la legislación puede exigirlo.
- La salud, el bienestar emocional y la seguridad de la persona sobreviviente deben ser los aspectos esenciales.
- Antes de iniciar la exploración o la recogida de pruebas, el personal sanitario debe explicar en qué consiste la recogida de pruebas a la persona sobreviviente. Si quiere proceder con la recogida de pruebas, llame a un profesional sanitario con capacitación específica para ello o remítala a uno.
- La propia documentación de la exploración puede resultar de utilidad si una persona sobreviviente decide emprender acciones legales.
- Una anamnesis precisa y una descripción detallada de la agresión sexual servirán de guía a las exploraciones físicas y los exámenes forenses, así como a la recogida de pruebas.
- Para minimizar el malestar y el trauma, intente realizar un único reconocimiento que combine la exploración física y la recogida de pruebas forenses.

Examen forense: consejos generales y ayudas de trabajo para el examen físico

- La exploración física integral es útil, sobre todo, para la prestación de atención médica, pero también lo es para la documentación forense.
- Al asesorar a una persona sobreviviente sobre las opciones relacionadas con el examen forense y la recogida de pruebas, es esencial conocer y comprender bien las leyes y normativas aplicables (diapositivas 15.6 y 15.7). Hay que actualizar estas diapositivas antes de impartir la sesión para que reflejen el contexto local.
- Entre los principios rectores para realizar un examen forense figuran los siguientes:
 - » La salud, el bienestar emocional y la seguridad de la persona sobreviviente deben pesar más que cualquier otro aspecto. En muchos contextos de emergencia, la recogida de pruebas forenses puede no ser apropiada.
 - » El relato de la agresión sexual, así como ciertas actividades realizadas (por ejemplo, ducharse, ir al baño, lavar la ropa) y el tiempo transcurrido desde la agresión sexual determinarán las muestras que se deben recoger.
 - » Es esencial, para las pruebas médico-legales, que el etiquetado, la documentación y el almacenamiento (que evite la contaminación) sean los adecuados.
 - » Es importante no llegar a conclusiones sobre si las pruebas de actividad sexual son indicativas de violación o no. Corresponde a los tribunales establecerlo.
- **Pruebas materiales** (diapositivas 15.10 a 15.13)
 - » Las pruebas materiales comprenden los cuerpos extraños utilizados en la perpetración de la violencia, los materiales del entorno en el que se produjo la violencia y las muestras biológicas que puedan contener ADN del perpetrador o los perpetradores.
 - » Documentar las lesiones y recoger muestras, como sangre, pelo, saliva y semen, en las 72 horas siguientes a la agresión sexual puede ayudar a respaldar el relato de la persona sobreviviente y podría contribuir a identificar al perpetrador o perpetradores. Si la persona sobreviviente se presenta más de 72 horas después de la agresión sexual, o bien se ha duchado o ha lavado la ropa que llevaba durante la agresión, la cantidad y el tipo de pruebas que se puedan recoger dependerán de la situación.

- **Recogida, tratamiento y almacenamiento de pruebas materiales** (diapositivas 15.14 a 15.17)
 - » La documentación precisa y rigurosa de los procedimientos de recogida de muestras, las limitaciones, las notas literales del relato de la agresión por parte de la persona sobreviviente y la descripción del lugar donde se realiza la exploración (por ejemplo, los problemas de iluminación) son fundamentales para maximizar la calidad de las pruebas presentadas.
 - » Asegúrese de almacenar las pruebas en lugares donde las muestras estén protegidas de la intemperie y la contaminación (por ejemplo, espacios de almacenamiento con regulación de la humedad y donde no puedan acceder animales).
 - » Utilice siempre guantes y otros dispositivos de barrera para evitar que su propio ADN contamine la muestra.
 - » Cada muestra única y cada localización de la muestra se deben colocar en una bolsa o sobre para pruebas independiente.
 - » Los hisopos con muestras biológicas deben estar completamente secos antes de sellarse en una bolsa para pruebas.
- **Documentación de lesiones como prueba** (diapositivas 15.19 a 15.25)
 - » La ausencia de lesiones no significa que no se haya producido una agresión.
 - » Describa minuciosamente las lesiones de la persona sobreviviente utilizando terminología científica y médica. Al documentar el relato de una persona sobreviviente sobre la causa de una lesión, utilice sus palabras exactas entrecomilladas.
 - » Recuerde que, en ausencia de cuerpos extraños o muestras biológicas, se puede cumplimentar y presentar un certificado médico-legal con los resultados de una exploración física exhaustiva, de conformidad con cualquier requisito de notificación obligatoria.
- **Prestar testimonio ante un tribunal** (diapositivas 15.26 a 15.28)
 - » Podría ser llamado a declarar si el caso llega a los tribunales, independientemente de si se ocupó de la recogida de pruebas materiales o si prestó servicios médico-legales oficiales.
 - » Su papel es describir las manifestaciones clínicas y los tratamientos dados, no precisar si son indicativos de violación o no.
 - » Si ha transcurrido mucho tiempo entre la prestación de la atención y la citación para testificar, bájese en sus registros y en la historia clínica del o la paciente.

Debate guiado

- Pregunte a los participantes si tienen preguntas y respóndalas.
- Remita a los participantes a las lecturas y recursos complementarios.

Recapitulación



Enuncie los **mensajes clave** (diapositiva 15.29):

- Recoja pruebas forenses solo cuando se cumplan estas cuatro condiciones:
 1. La persona sobreviviente quiere acudir a la policía o existe la obligación de hacerlo.
 2. Han pasado menos de cinco días desde la agresión.
 3. El personal sanitario ha recibido capacitación sobre cómo realizar un examen forense.
 4. Hay un laboratorio de criminalística disponible.
- Hay que obtener un consentimiento específico para realizar el examen forense.
- Lleve a cabo una exploración integral, pero no prueba de los “dos dedos” o tacto vaginal.
- El relato de la agresión debe guiar la recogida de pruebas forenses.
- El tiempo transcurrido y las actividades posteriores al incidente determinarán si pueden encontrarse pruebas.
- El etiquetado, la documentación detallada y un almacenamiento que evite la contaminación son esenciales.

Sesión 16. Conclusión

Preparación e información general	
Duración de la sesión 	40 minutos 20 minutos (<i>entrega, opcional, de diplomas del curso</i>)
Diapositivas y ejercicios 	<ul style="list-style-type: none">Sesión 16, diapositivas 16.1 a 16.6
Materiales y documentos 	<ul style="list-style-type: none">Material de apoyo 16a. Plan de acción posterior a la capacitación Imprímalo desde el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes.Copias del formulario de evaluación posterior a la capacitación. Imprímalas desde el anexo 8.Copias del cuestionario posterior a la capacitación (opcional). Imprímalas desde el anexo 8.Copias del diploma del curso (anexo 5).
Contenido de la sesión	
Debate guiado (10 minutos) 	<ul style="list-style-type: none">Agradezca a los participantes su implicación.Repase los miedos expresados durante el ejercicio “Miedos y motivaciones en un sombrero” de la sesión 0. Si, durante el ejercicio inicial, se expresaron temores o inquietudes particularmente comunes, refuerce o reitere el contenido de la capacitación donde se hayan abordado.Para concluir la capacitación (diapositivas 16.3 a 16.5), reitere a los participantes la importancia del papel que desempeñan en la respuesta a las agresiones sexuales y la violencia de pareja. Subraye que el apoyo de primera línea es una parte importante de la asistencia que contribuye al proceso de recuperación de las personas sobrevivientes.Recuérddeles que, aunque esta capacitación amplía los conocimientos, las destrezas y la preparación para brindar atención, el aprendizaje es un proceso continuo y es importante actualizar constantemente las destrezas y conocimientos. Por ello, se recomienda acudir a los siguientes recursos una vez finalizado el curso:<ul style="list-style-type: none">» sesiones de repaso centradas en las esferas, temas o destrezas de más difícil aplicación;» revisiones de casos clínicos que incluyan debates sobre cómo abordar los casos complejos y qué se puede hacer para mejorar la atención y el tratamiento;» material de apoyo, como herramienta de consulta y repaso;» estudio individual, incluidos cursos de aprendizaje electrónico y lecturas sobre el tema;» mentoría por parte de médicos experimentados;» reflexiones sobre cómo mejorar la calidad de la atención.Anime a los participantes a seguir practicando sus destrezas y acudir a los compañeros de la capacitación si necesitan ayuda (por ejemplo, algunos alumnos crean grupos de WhatsApp para mantener el contacto).Recuérddeles que encontrarán apoyo continuado en las Directrices CMRIPV, así como en los protocolos nacionales, en los materiales de este curso y en sus colegas.

Definición del plan de acción (20 minutos)



- **Divida a los participantes en grupos pequeños.** Los participantes que trabajen en el mismo centro sanitario o clínica móvil/campamento de salud deben formar parte del mismo grupo. Si los participantes trabajan principalmente en entornos en los que son el único proveedor, intente reunir a los que trabajen en la misma zona sanitaria o dependencia administrativa sanitaria.
- Projete la diapositiva 16.5. Subraye la importancia de seleccionar objetivos viables. Promueva una serie de objetivos que se refieran a distintos aspectos de la atención centrada en las personas sobrevivientes (por ejemplo, una reflexión personal sobre cómo reducir los sesgos en la prestación de atención; la solicitud de apoyo formal por parte de los compañeros o la revisión de un caso por parte de los supervisores; llegar a dominar la asistencia de primera línea).
- Utilice el ejemplo proporcionado para guiar la cumplimentación de la hoja de trabajo del plan de acción. Véase el material de apoyo 16a.
- Los participantes dispondrán de 20 minutos para trabajar en sus planes de acción personales.

Ceremonia de entrega de certificados (20 minutos, opcional)



- **Distribuya** el formulario de evaluación posterior a la capacitación (véase el [anexo 8](#)) y pida a los participantes que lo completen. Sus respuestas se utilizarán para sustentar y mejorar futuras capacitaciones.
- **Rellene** un diploma para cada participante mientras completan las evaluaciones y repártalos cuando le devuelvan el formulario de evaluación posterior a la capacitación. Si tiene dudas sobre la idoneidad de un participante para atender a sobrevivientes de agresiones sexuales o violencia de pareja, sopesa la posibilidad de mantener una conversación privada con él o de ponerse en contacto con su supervisor.
- Si dispone de más tiempo, pida a los participantes que rellenen un cuestionario posterior a la capacitación y se lo devuelvan. Hágalo solo si también les pidió que rellenasen un cuestionario previo a la capacitación antes de iniciarla, para saber si ha contribuido a mejorar sus conocimientos, actitudes y preparación.

Agradezca de nuevo a los participantes su asistencia y sus aportaciones.

Bibliografía

- Área de responsabilidad de violencia de género. *Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies*. Nueva York: Área de responsabilidad de violencia de género, Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2019 (https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-07/Handbook%20for%20Coordinating%20GBV%20in%20Emergencies_fin.pdf).
- Área de responsabilidad de violencia de género. *Supporting uptake of survivor-centered practice: building consensus between GBV And MHPSS workers around shared guiding principles and recommendations for progressing practice*. Global Women's Institute, Trócaire; 2023 (<https://gbvaor.net/node/1880>)
- Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>). (En la presente publicación, se hace referencia frecuentemente a esta publicación como “Manual clínico”, para abreviar).
- Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud*, edición revisada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Chang, J. C., Decker, M. R., Moracco, K. E., Martin, S. L., Petersen, R. y Frasier, P. Y. “Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers”. *Patient Educ Couns*. 2005; 59(2): 141-7 (<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.008>).
- Chang JC, Dado D, Hawker L, Cluss PA, Buranosky R, Slagel L *et al*. “Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims towards change”. *J Women's Health* 2010; 19(2): 251-9 (<https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1568>).
- Comité Directivo del Sistema de Gestión de la Información sobre la Violencia de Género (GBVIMS). *Interagency gender-based violence case management guidelines*. International Medical Corps, Comité Internacional de Rescate, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2017 (https://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf).
- Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (En la presente publicación, se hace referencia frecuentemente a esta publicación como “Directrices en materia de abuso sexual infantil”, para abreviar).
- Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57102>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach, second edition*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Véase el capítulo 3. (<https://iris.who.int/handle/10665/208825>).
- El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, cuarta edición. Ginebra: Asociación Esfera; 2018 (<https://www.spherestandards.org/es/manual-2018/>).
- En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336218>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Boys on the move: the toxic GBV tree*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2019 (<https://eeca.unfpa.org/en/publications/boys-move-toxic-gbv-tree>).
- García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-MacLain, J., Colombini, M. y Feder, G. “The health-systems response to violence against women”. *Lancet*. 2015; 385(9977): 1567-79 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)).
- Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Sexual en Situaciones de Crisis. *Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-Spanish.pdf>).
- Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Sexual en Situaciones de Crisis. Recursos de CCSAS: vídeos formativos [sitio web]. Nueva York: Comité Internacional de Rescate; 2020 (<https://iawg.net/resources/clinical-care-for-sexual-assault-survivors/ccsas-resources>).

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), versión 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250239>).

Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action. Nueva York: Comité Permanente entre Organismos - Clúster Mundial de Protección; 2015 (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-03/IASC%20Guidelines%20for%20Integrating%20Gender-Based%20Violence%20Interventions%20in%20Humanitarian%20Action%2C%202015.pdf>).

Guidelines for the prevention and management of vicarious trauma among researchers of sexual and intimate partner violence. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2015 (https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_guidelines_for_researchers-508.pdf).

Health sector response to violence against women. A WHO e-learning for health care providers to respond to violence against women (VAW). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (<https://vawhealthresponse.org/>).

Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/354575>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja - Programa iLearn. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://healthcluster.who.int/newsroom/news/item/01-07-2021-clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors-ilearn-course>).

Murphy, M., Ellsberg, M., Balgun, A., García-Moreno C., “Risk and protective factors for violence against women and girls living in conflict and natural-disaster affected settings: a systematic review” *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023; 23(5): 3328-45 (<https://doi.org/10.1177/15248380221129303>).

Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Strengthening the medico-legal response*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/197498>).

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/85240>).

Selected practice recommendations for contraceptive use, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/252267>).

Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259489>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Violence against women prevalence estimates, 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341337>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/246165>).

WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus, Ginebra: Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250693>).

WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/246114>).

WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/249572>).

Women’s Refugee Commission, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *The role of linguistic and cultural mediators: a guide with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021.

Anexo 1. Horarios de la capacitación y programas modelo

Programa de la capacitación del personal sanitario	Duración	
	Contenido básico	Contenido opcional
Opcional: presentación del Ministerio	—	20-30 minutos
Orientación y presentaciones Opcional: cuestionario previo a la capacitación	60 minutos	20 minutos
Sesión 1. Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública	45 minutos	—
Sesión 2. Mayor concienciación y comprensión en torno a la experiencia de las personas sobrevivientes Opcional: ejercicios complementarios	90 minutos	30 minutos
Sesión 3. Principios rectores y sinopsis de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia	30 minutos	—
Sesión 4. Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente	30 minutos	—
Sesión 5. Información sobre el entorno *Opcional: ejercicio complementario e invitado	90 minutos	30 minutos
Sesión 6. Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella	60 minutos	—
Sesión 7. Apoyo de primera línea a través del modelo ANI(MA), parte 1: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	90 minutos	—
Sesión 8. Apoyo de primera línea mediante (ANI)MA, parte 2: Mejorar la seguridad y Apoyar	120 minutos	—
Sesión 9. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis	90 minutos	—
Sesión 10. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación	90 minutos	—
Sesión 11. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia	60 minutos	—
Sesión 12. Salud mental y apoyo psicosocial	60 minutos	—
Sesión 13. Autocuidado y prevención del agotamiento	30 minutos	15 minutos
Sesión 14. Simulaciones clínicas	180 minutos	—
Sesión 15. Examen forense (opcional) ^a	—	30 minutos
Sesión 16. Conclusión Opcional: cuestionario posterior a la capacitación	40 minutos	20 minutos
Ceremonia de clausura y entrega de diplomas (opcional)	—	20-30 minutos
Tiempo total	≈19,5 horas	≈3,5 horas

^a Para estas sesiones, es útil contar con la participación de otros sectores (como policía, asistencia jurídica, protección de la infancia, servicios sociales, ONG, etc.).

Nota sobre los programas modelo

Las sesiones básicas para el personal sanitario de primera línea suelen impartirse en cuatro días (véase el programa modelo A) y la experiencia indica que es lo ideal para afianzar las destrezas y la preparación. Si se elabora un programa para una capacitación de actualización o en un contexto en el que todos los participantes cuenten con formación previa sobre conceptos básicos relacionados con el género, las agresiones sexuales y la violencia de pareja, el programa se puede abreviar (véase el programa modelo B). Si lo desea, elabore un programa aparte para los trabajadores sociales, psicólogos clínicos y otros profesionales sanitarios entre cuyas funciones no se incluyan las exploraciones físicas. Las sesiones de la 0 a la 8, algunas partes de la sesión 12 y la sesión 13 son adecuadas para cualquier cuadro del personal sanitario.

Si reunir al alumnado durante varios días no es factible en su contexto, el contenido se puede impartir con un modelo de capacitación de dosis bajas y alta frecuencia. Por ejemplo, se podrían impartir sesiones de media jornada a lo largo de varias semanas en una combinación de unidades virtuales y presenciales (véase el programa modelo C).

Los calendarios modelo que figuran a continuación ofrecen ejemplos para i) un curso presencial completo de cuatro días (personal sanitario y asistencial de primera línea); ii) un curso presencial de dos días para profesionales con formación previa en materia de dinámica de género y la repercusión de las agresiones sexuales y la violencia de pareja; y iii) un modelo híbrido de dosis bajas y alta frecuencia. Deberá adaptarse al contexto local y al tiempo del que disponga. Recuerde reservar tiempo para las actividades de animación siempre que el grupo lo necesite, especialmente por las tardes.

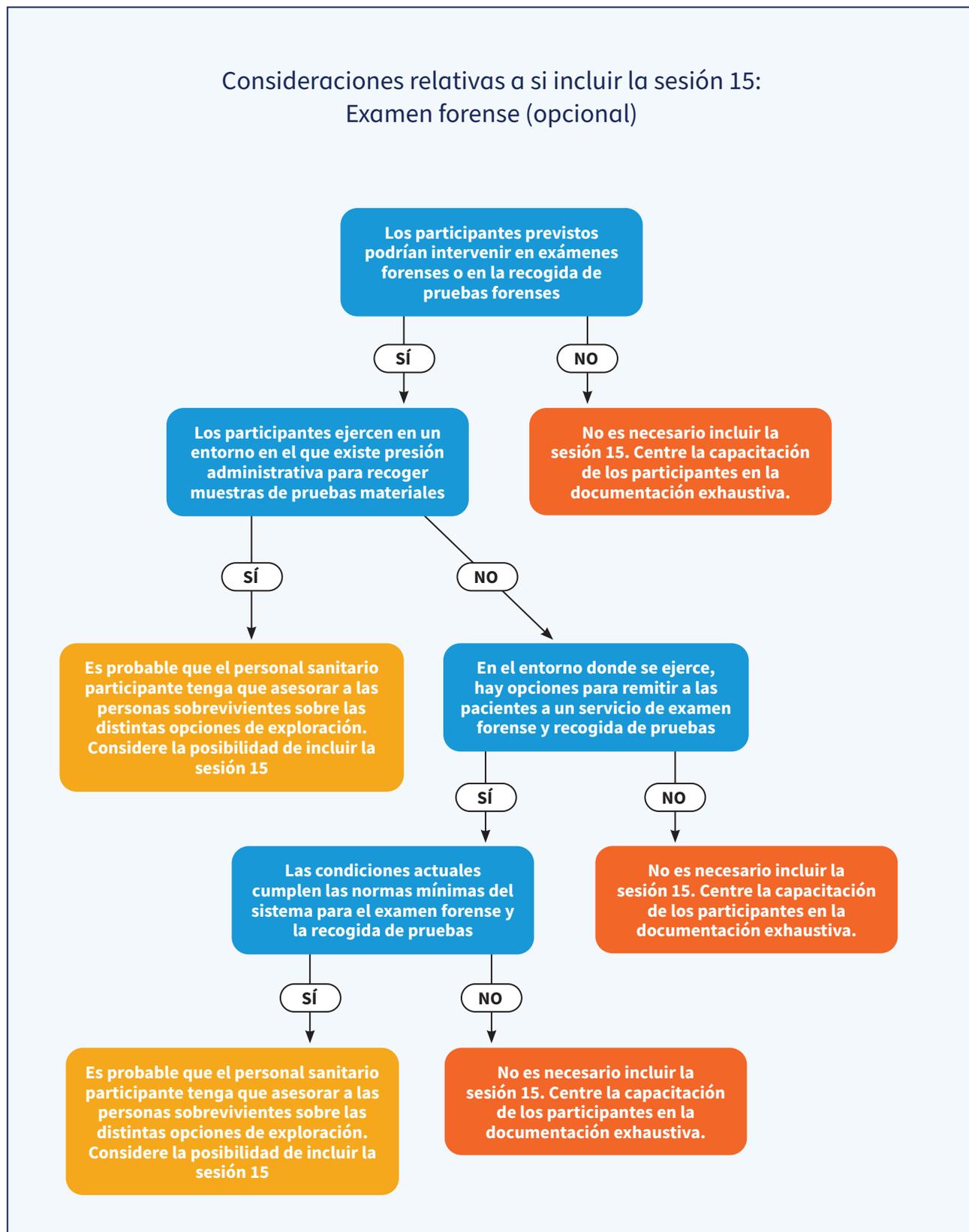
Programa modelo A: curso presencial completo de cuatro días

Día 1	
9.00-9.45	Inscripción de participantes Bienvenida Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) previo a la capacitación (anexo 7)
9.45-10.45	Sesión 0. Orientación, presentaciones y expectativas
10.45-11.00	DESCANSO
11.00-11.45	Sesión 1. Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja como problemas de salud pública
11.45-13.15	Sesión 2. Mayor concienciación y comprensión en torno a la experiencia de las personas sobrevivientes
13.15-14.15	ALMUERZO
14.15-14.45	Sesión 3. Principios rectores de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia
14.45-15.15	Sesión 4. Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente Ejercicio 4.1
15.15-15.30	Resumen diario: ideas estacionadas; otros asuntos
Día 2	
9.00-9.15	Bienvenida; recapitulación y reflexiones de los participantes sobre la primera jornada
9.15-10.45	Sesión 5. Información sobre el entorno Ejercicio 5.2
10.45-11.00	DESCANSO
11.00-12.00	Sesión 6. Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella Ejercicio 6.1
12.00-13.30	Sesión 7: ANI(MA), parte 1 Ejercicio 7.1
13.30-14.15	ALMUERZO
14.15-16.15	Sesión 8. ANI(MA), parte 2 Ejercicio 8.1
16.15-16.30	Resumen diario: ideas estacionadas; otros asuntos

Día 3	
9.00-9.15	Bienvenida; recapitulación y reflexiones de los participantes sobre la segunda jornada
9.15-10.45	Sesión 9. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis Ejercicio 9.1
10.45-11.00	DESCANSO
11.00-12.30	Sesión 10. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación Ejercicio 10.1
12.30-13.15	ALMUERZO
13.15-14.15	Sesión 11. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia Ejercicio 11.1
14.15-15.15	Sesión 12. Salud mental y apoyo psicosocial Ejercicios 12.1 y 12.2
15.15-15.45	Sesión 13. Autocuidado y prevención del agotamiento
15.45-16.00	Resumen diario: ideas estacionadas; otros asuntos
Día 4	
9.00-9.30	Preparación de la simulación
9.30-9.45	Bienvenida; recapitulación y reflexiones de los participantes sobre la tercera jornada
9.45-11.00	Sesión 14. Simulaciones clínicas
11.00-11.15	DESCANSO
11.15-13.00	Sesión 14. Simulaciones clínicas
13.00-14.00	ALMUERZO
14.00-14.40	Definición del plan de acción personal posterior a la capacitación y conclusión
14.40-15.00	Cuestionario posterior a la capacitación (anexo 7)
15.00-15.30	Ceremonia de clausura y entrega de diplomas

La inclusión de la sesión 15, que se centra en la recogida de pruebas médico-legales y forenses, depende mucho del contexto. Utilice el árbol de decisiones para decidir si incluir la sesión 15 en el programa modelo A.

Árbol de decisiones para decidir si incluir o no la sesión 15 en el programa modelo A



Programa modelo B: curso presencial de dos días para participantes con formación previa en materia de violencia sexual y violencia de pareja

Día 1	
8.00-8.30	Bienvenida; té y café Cuestionario previo a la capacitación (anexo 7)
8.30-9.30	Sesión 0. Orientación, presentaciones y expectativas
9.30-10.15	Sesiones 1 y 2 combinadas. Conceptualización de la violencia sexual y la violencia de pareja y experiencia de las personas sobrevivientes
10.15-10.45	Sesión 3. Principios rectores de la respuesta sanitaria a las agresiones sexuales y la violencia de pareja en situaciones de emergencia
10.45-11.00	DESCANSO
11.00-11.30	Sesión 4. Destrezas de comunicación entre el proveedor y el sobreviviente Ejercicio 4.1
11.30-13.00	Sesión 5. Información sobre el entorno
13.00-14.00	ALMUERZO
14.15-15.15	Sesión 6. Detectar la violencia de pareja y reaccionar ante ella en el ámbito de la atención primaria
15.15-16.45	Sesión 7. ANI(MA), parte 1
16.45-17.00	Resumen diario: ideas estacionadas; otros asuntos
Día 2	
8.00-8.15	Bienvenida; té y café
8.15-9.30	Sesión 8. ANI(MA), parte 2 Ejercicio 8.1
9.30-11.00	Sesión 9. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 1: consentimiento informado y anamnesis
11.00-11.15	DESCANSO
11.15-12.45	Sesión 10. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 2: exploración física y documentación
12.45-13.45	ALMUERZO
13.45-14.15	Sesión 11. Atención clínica a sobrevivientes de agresiones sexuales, parte 3: tratamiento y asistencia Omita el ejercicio 11.1
14.15-15.15	Sesión 12. Salud mental y apoyo psicosocial Ejercicio 12b
15.15-15.30	Pausa
15.30-16.00	Sesión 13. Autocuidado y prevención del agotamiento
16.00-17.00	Definición del plan de acción personal posterior a la capacitación; formulario de evaluación posterior a la capacitación (anexo 7)

Programa modelo C: Formación híbrida

Se recomienda que todos los participantes comiencen y terminen la capacitación en un período de 6 semanas, para que el aprendizaje se vaya afianzando módulo a módulo. No obstante, el calendario preciso de las sesiones se puede ajustar al contexto y las sesiones presenciales se pueden celebrar en función de evaluaciones de seguridad y protección semanales.

En contextos en los que no es posible la formación presencial, las sesiones presenciales pueden adaptarse para impartirse en línea junto con otros recursos de formación virtual (<https://get.disasterready.org/clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors/>)

Programa híbrido para personal de primera línea		Impartición	
Sesión		Modalidad sugerida	Tiempo necesario
Preparación: lectura del Manual clínico y de las Directrices CMRIPV Cuestionario previo a la capacitación (anexo 8)		Autoaprendizaje	60-90 minutos
Sesiones 0-1. Orientación, expectativas y sinopsis de las agresiones sexuales y la violencia de género en situaciones de emergencia Manual del facilitador en línea Sesión 1: próximamente		Sesión en directo/ presencial o en línea n.º 1	1,5 horas
Sesiones 2-4. Comprensión de la experiencia de las personas sobrevivientes y repercusiones de los valores y creencias de los proveedores sobre la atención que prestan (módulos de aprendizaje electrónico M2-M6 de la OMS). https://vawhealthresponse.org/		Autoaprendizaje	2-3 horas
Sesión 5. Información sobre el entorno		Sesión en directo/ presencial n.º 2	1,5 horas
Sesiones 6 y 7. Cuándo y cómo detectar la violencia de pareja y modelo ANI(MA), parte 1 Manual del facilitador en línea Sesiones 4 y 5: próximamente		Sesión en directo/ presencial o en línea n.º 3	2,5 horas
Sesiones 8-11. Sesiones 8-11. ANI(MA), parte 2, y anamnesis, exploración y terapia en el manejo clínico de las personas sobrevivientes violación (Módulos de aprendizaje electrónico M7-8, M10 y M12 de la OMS). https://vawhealthresponse.org/ (Aprendizaje electrónico de la OMS en materia de tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja en contextos humanitarios, paso 4) https://get.disasterready.org/clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors/		Autoaprendizaje	3 horas
Sesiones 12-13. Salud mental y apoyo psicosocial; y autocuidado y prevención del agotamiento		Sesión en directo/ presencial n.º 4	2 horas
Definición del plan de acción personal posterior a la capacitación Opcional: formulario de evaluación posterior a la capacitación (anexo 8)		En directo o por correo electrónico	20-40 minutos
Tiempo necesario estimado:		6-8 horas de autoaprendizaje Cuatro sesiones de 2-4 horas en directo, sean presenciales o en línea	

Anexo 2. Preparar la capacitación de formadores

Introducción

Aunque los principales destinatarios de este conjunto de actividades son los facilitadores que habitualmente imparten capacitaciones al personal sanitario, hay muchos entornos en los que esta capacitación puede utilizarse y, de hecho, se utilizará para capacitar a otros formadores que, a su vez, impartirán la capacitación a otros profesionales sanitarios. En otras palabras, esta capacitación se puede utilizar para capacitar formadores, aunque con algunas particularidades que se recogen en este anexo. Si este conjunto de actividades de capacitación se utiliza para instruir a otros formadores, se añade un nuevo objetivo de aprendizaje: “demostrar destrezas para facilitar cursos de capacitación a otros formadores utilizando métodos de enseñanza para adultos”. En una capacitación para formadores, pueden participar prestadores de servicios de salud con experiencia en la enseñanza a otros profesionales sanitarios, o bien personal clínico familiarizado con los principios del tratamiento clínico de casos de violación y la atención a sobrevivientes de violencia de pareja que, si bien brindan atención en estos ámbitos, tienen poca experiencia como formadores o facilitadores. Esta nota de orientación incluye la información y los aspectos básicos que se deben tener en cuenta al planificar una capacitación para formadores.

Aspectos básicos

- **Averigüe la formación y el grado de experiencia de los facilitadores.** Es conveniente que se trate de una capacitación entre iguales, impartida por personal médico cualificado con experiencia en el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, ya que estos formadores gozan de credibilidad entre el alumnado. Sin embargo, no siempre es posible encontrar médicos expertos en el contenido a los que capacitar para que actúen como formadores y, en algunos entornos, aunque sea viable encontrar personas con este perfil, es posible que estén menos familiarizadas con el contenido de este programa. Un curso de capacitación para formadores en el que participen personas con conocimientos sobre el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, pero que tienen menos conocimientos sobre cómo llevar a cabo la facilitación se puede realizar en tres días, si bien se deben ofrecer sesiones complementarias sobre cómo facilitar y formar utilizando los principios de la enseñanza para adultos. Por otra parte, si quienes participan en la capacitación de formadores son facilitadores expertos, pero no están familiarizados con el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja, deberá dedicarse más tiempo a cubrir el contenido del curso y añadir un par de sesiones para recordarles cómo facilitar una capacitación utilizando los principios de la enseñanza para adultos. Para que una persona pueda asumir el papel de facilitadora, antes debe ser calificada como competente y entendida en los siguientes ámbitos:
 - » nociones básicas de enseñanza para adultos y facilitación (véase el [anexo 3](#). Consejos para los facilitadores);
 - » abordaje y gestión de los sesgos entre los participantes;
 - » instrucción a los participantes respecto a cómo reconocer y abordar el agotamiento y practicar el autocuidado;
 - » diversas estrategias de capacitación, incluidas las utilizadas en este conjunto de actividades: presentación, debate guiado, demostración, intercambio de ideas, representación de roles, aclaración de valores y simulación;
 - » estrategias para gestionar el tiempo;
 - » técnicas y actividades para administrar la energía de los participantes;
 - » técnicas para aportar comentarios constructivos y positivos a los participantes;
 - » adaptación y modificación del programa, tanto por adelantado como en el transcurso del programa de capacitación, para adecuarlo al contexto local, a las necesidades de los participantes y a los desafíos imprevistos;
 - » dominio de los contenidos específicos del ámbito clínico.
- Los facilitadores de la capacitación de formadores deben consultar el [anexo 1](#) (Horarios de la capacitación y programas modelo) para determinar las mejores opciones para impartir la capacitación. El curso es modular y adaptable, de manera que el facilitador puede añadir actividades y contenido complementario en función de los conocimientos previos de los participantes, sus responsabilidades laborales o el tiempo disponible para impartir la capacitación. Cuando imparta una capacitación para formadores, asegúrese de lo siguiente.
 - » Determinar si quiere cambiar el formato y la duración del programa de capacitación.
 - » Considerar la posibilidad de añadir ejercicios y sesiones que ayuden a los participantes a practicar sus destrezas como facilitadores.
 - » Ofrecer consejo a los participantes sobre los principios, técnicas y métodos de la enseñanza para adultos.
 - » Invitar a los participantes a ayudarlo a facilitar algunas de las sesiones, para que puedan practicar esta destreza.

- » Reflejar las mejores destrezas de un facilitador: ponga en práctica estrategias participativas y de gestión del tiempo y limite el uso de métodos didácticos de enseñanza (es decir, reduzca al mínimo el tiempo destinado a conferencias y presentaciones de diapositivas).
- » Añadir medio día a la duración del curso, si decide proponer a los participantes que realicen, entre ellos, una pequeña simulación de un curso de capacitación (véase el Ejercicio A8.1, a continuación).
- » Subrayar la importancia de la preparación, utilizando todo el material y adaptando el contenido al contexto local.
- » Durante la sesión final sobre la definición del plan de acción, analizar los preparativos que podrían tener que acometer los participantes antes de iniciar el curso con otros participantes.
- » Intercambiar ideas con los participantes sobre cómo enfrentarse al alumnado difícil, gestionar el tiempo, abordar la fatiga o los bajones de energía durante las sesiones y tratar al alumnado que se pueda sentir angustiado o afectado emocionalmente por el contenido de la capacitación.
- » Destacar la importancia de la flexibilidad para ajustar la impartición de la capacitación al tiempo disponible o la viabilidad de reunir al personal sanitario durante varios días.
- » Subrayar la necesidad de modificar los programas modelo, en función del ámbito de trabajo o del grado de experiencia de los participantes, así como de adaptar la terminología, las imágenes, las actividades de animación y los ejercicios participativos al contexto cultural y jurídico.
 - Por ejemplo, las sesiones 5 y 15, en particular, contienen una notable cantidad de contenido que se debe adaptar al contexto, la legislación y las normativas locales. Si va a preparar a un grupo de formadores que van a trabajar en un contexto específico, se recomienda realizar estas actualizaciones antes de la capacitación para formadores. Si va a preparar a un grupo de formadores que van a trabajar en el plano mundial o regional, puede que prefiera dedicar más tiempo a estas sesiones, para que los formadores sepan cómo adaptar las sesiones al contexto de su capacitación. Los recursos y materiales de apoyo para las sesiones 5 y 15 requerirán una preparación contextual siempre.
 - Los recursos disponibles para las simulaciones clínicas deben determinarse antes de la capacitación de formadores, y para capacitar a los futuros facilitadores se debe utilizar la metodología que estos vayan a utilizar. La sesión 14 se basa en metodologías de simulación clínica. Puede impartirse utilizando maniqués, que hay que conseguir, o voluntarios. Véase el Recurso 14.1a en el anexo en línea A. Recursos del facilitador para obtener más información sobre la preparación y el material necesarios para la sesión 14.

Ejercicio A8.1 Capacitación de formadores para llevar a cabo una capacitación simulada

- Divida a los participantes en grupos de seis la víspera del último día de la capacitación. Puede reunir a personas del mismo centro o de la misma región geográfica, en función de quiénes vayan a trabajar juntos como formadores en el futuro.
- Concédales una hora por la tarde para preparar una capacitación simulada de una hora. Deberán trabajar en equipo para preparar el programa y el horario de dicha capacitación.
- Cada grupo se emparejará con otro. Se pedirá a un grupo que imparta una capacitación al otro durante una hora y se invitará al facilitador del curso y al grupo que reciba la capacitación a dar su opinión al grupo encargado de facilitarla.
- Después de 1 hora, será el segundo grupo el que imparta una capacitación al primero y se invitará al facilitador y al primer grupo a dar su opinión al segundo grupo.
- El facilitador del curso debe dar instrucciones a cada grupo para que incluyan lo siguiente en la capacitación de una hora de duración:
 - » una exposición o presentación sobre el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja;
 - » un ejercicio seleccionado entre los siguientes: Votar con los pies, La culpa nos cubre o Mito o realidad;
 - » una actividad de representación de roles
- El facilitador debe proporcionar a los grupos las presentaciones pertinentes, las instrucciones para el facilitador y los materiales (por ejemplo, rotafolio, rotuladores, afirmaciones, supuestos para las actividades de representación de roles o copias impresas de los recursos), en función de lo que elijan para su capacitación simulada.
- Los facilitadores deben puntuar las capacitaciones simuladas en función del trabajo en equipo, la creatividad, la gestión del tiempo y el uso de métodos participativos.
- Como incentivo adicional para los participantes y para hacer que la capacitación simulada sea más divertida, esta actividad se podría convertir en una competición, siempre que resulte apropiado desde el punto de vista cultural, para ver

quién obtiene la puntuación más alta, que obtendría un pequeño premio (por ejemplo, una caja de bombones o dulces o cualquier otra cosa adecuada al contexto). Es opcional, pero la experiencia demuestra que es un factor que consigue motivar el aprendizaje de una nueva destreza en este ámbito.

Preguntas frecuentes

Las preguntas que figuran a continuación proceden de formadores experimentados y pueden ser difíciles de responder para los facilitadores. Se recomienda a los facilitadores que las consulten durante las sesiones de capacitación para formadores.

- **¿Esta capacitación cualifica a un profesional sanitario como experto en la prestación de tratamiento clínico de casos de violación y atención a sobrevivientes de violencia de pareja?**

Aunque se trata de una capacitación para adquirir competencias y está diseñada para maximizar el tiempo de práctica de las destrezas, un único curso de capacitación no es suficiente para que un profesional sanitario domine las destrezas incluidas en esta capacitación. El personal sanitario necesitará una práctica continuada, además de mentoría y supervisión basada en el apoyo, para seguir afianzando las destrezas, preparación y competencias que le permitirán ofrecer la mejor respuesta posible a sus pacientes en el ámbito del tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja.

- **¿Qué ocurre si no hay servicios de remisión de salud mental y apoyo psicosocial en los entornos en los que brinda atención clínica mi alumnado?**

En muchos entornos con pocos recursos, pero especialmente en contextos de asistencia humanitaria, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de apoyo psicosocial, ya sean refugios, ayuda para la subsistencia, servicios jurídicos o asesoramiento, pueden ser limitadas. La atención especializada en salud mental es limitada en la mayoría de los entornos con pocos recursos y puede ser aún más escasa o inaccesible en contextos de asistencia humanitaria. El personal sanitario capacitado para proporcionar tratamiento clínico de casos de violación y atención a sobrevivientes de violencia de pareja no podrá satisfacer todas las necesidades de apoyo de las personas sobrevivientes, ni debería esperarse que lo hiciese. Entre los aspectos más frustrantes de la prestación de servicios relacionados con el tratamiento clínico de casos de violación y violencia de pareja en contextos de emergencia, se encuentran la limitada disponibilidad de otros servicios de apoyo y las dificultades para acceder a ellos, cuando no su interrupción. Es importante, y a menudo necesario, convencer al alumnado de que incluso el apoyo de primera línea prestado a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales o violencia de pareja es muy beneficioso para la sanación y recuperación de muchas de ellas, si no de todas. Las pruebas demuestran que, para un gran número de personas sobrevivientes, contar con un profesional sanitario empático que las crea y valide su experiencia ayuda a romper el silencio inducido por el estigma y la vergüenza, además de mostrarles el camino hacia la recuperación. Para algunas personas sobrevivientes, el apoyo de primera línea por sí solo no será suficiente, y habrá que hacer todo lo posible por encontrar otros servicios de apoyo.

Recuerde a los participantes que no es necesario que sea un especialista, como un psiquiatra o un psicólogo clínico, quien preste los servicios de apoyo psicosocial básico o psicoeducación, apoyo de primera línea (el modelo ANIMA) y apoyo a la reducción del estrés. Los puede facilitar el entorno social de la persona sobreviviente o las organizaciones comunitarias locales.

- **En mi entorno, es muy difícil que las personas sobrevivientes obtengan justicia. ¿Qué puedo hacer?**

Recuerde que el papel del personal sanitario es brindar atención vital y apoyar la recuperación y el bienestar de la persona sobreviviente. Cada persona tiene una idea distinta de la justicia y lo que quieren las personas sobrevivientes no siempre es un reflejo del proceso oficial que prevén el gobierno, la policía o los actores jurídicos.

Ofrecer apoyo de primera línea puede ayudar a las personas sobrevivientes a recuperar su agencia. Se trata de un primer paso importante hacia la justicia si la persona sobreviviente desea iniciar un proceso judicial.

Anexo 3. Consejos para los facilitadores

Prepárese Consulte la lista de verificación para la preparación, el cuadro 2 de la sección Primeros pasos.
Adecúe la planificación al tamaño del grupo Si el grupo es grande, es posible que los facilitadores necesiten ayuda con las cuestiones logísticas o que tengan que organizar grupos más pequeños para las actividades de representación de roles.
Respete el horario y céntrese en el tema El papel del facilitador es conseguir que se respeten el programa y el tema de la capacitación. Fije desde el principio las expectativas para mantener el debate centrado y evite las historias largas siempre que sea posible. Recuerde respetar el tiempo asignado a cada sesión. Tendrá que hacer avanzar el debate e impedir que se desvíe del tema en cuestión. Si surgen preguntas que no están relacionadas con el tema, indique a los participantes cuándo se abordarán o “estaciónelas” para volver a ellas justo antes o después de un descanso, o bien al final del día.
Comprenda que el contenido puede causar malestar y maneje las situaciones delicadas o difíciles Tenga en cuenta que ciertos aspectos del contenido pueden resultar perturbadores para los participantes que hayan experimentado casos de violencia en sus propias vidas. Comunique a los participantes que quienes sientan ansiedad durante la capacitación pueden abandonar la sala para tomarse un descanso y volver cuando estén preparados. Proporcione una lista de recursos de la comunidad que puedan prestar apoyo a los participantes que sientan ansiedad debido a su propia experiencia de violencia y ponga dichos recursos a disposición de los participantes. Si algún participante interrumpe la sesión, propóngale comentar sus inquietudes en privado después de la capacitación.
Observe a los participantes Durante las presentaciones y las primeras sesiones, estudie a su público: <ul style="list-style-type: none">• Valore qué participantes podrían sentirse cómodos representando un papel delante del grupo y cuáles podrían ser tímidos y preferir trabajar en un grupo pequeño o en una situación individual.• Determine qué participantes pueden tener más experiencia en la prestación de atención sanitaria a sobrevivientes de violencia sexual o violencia de pareja.<ul style="list-style-type: none">» Los participantes con experiencia pueden ayudar a dirigir las actividades de representación de roles y ofrecer ejemplos.» Si es necesario, puede recurrir a participantes experimentados para iniciar el debate.
Implique a los participantes Para involucrar al mayor número posible de participantes, dé la oportunidad de hablar a distintas personas. Tenga cuidado de no dar demasiado espacio a los participantes experimentados; en su lugar, anime a todos a participar.
Muévase <ul style="list-style-type: none">• Animar a los participantes a moverse por la sala para realizar actividades en grupo puede ser una inyección de energía que les ayude a mantener el ritmo en capacitaciones de varios días o largas jornadas.• Las sesiones incluyen propuestas de movimiento, que forman parte del diseño de los ejercicios. Siga su criterio y las sensaciones que le transmita su audiencia para determinar qué otras actividades de animación pueden ser necesarias.• Puede recurrir a ellas en cualquier momento del día en el que aprecie un bajón de energía entre los participantes, especialmente justo después de comer.
Permita que los participantes formulen preguntas de forma anónima Coloque en algún lugar de la sala un sombrero, una caja o una bolsa donde los participantes puedan dejar preguntas escritas. Aborde las nuevas preguntas al final de cada jornada o a la mañana siguiente. De este modo, los participantes podrán hacer preguntas aunque no quieran formularlas delante del grupo.
Tenga a mano los recursos clave Los principales documentos de orientación para esta capacitación son el Manual clínico (2014) ¹ , las Directrices CMRIPV (2020) ² y las directrices en materia de abuso sexual infantil (2017) ³ . También puede que exista una versión nacional del Manual clínico, los protocolos o los procedimientos operativos estándar. Téngalos todos a mano para poder consultarlos.

1 *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>).

2 Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/354575>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Anexo 4. Realizar observaciones: contestar preguntas y actividades de representación de roles

Contestar a las preguntas

- Responda brevemente a las preguntas y, cuando proceda, plantee la cuestión al resto del alumnado para recabar sus aportaciones. Esto resulta especialmente útil para obtener opiniones sobre las actividades de representación de roles o el abordaje de situaciones difíciles.
- Remita a los participantes a los materiales escritos cuando necesiten consultar una información o aclarar alguna cuestión.
- Si la pregunta se va a responder en una sesión posterior, comunique a los participantes cuándo será.
- Después de debatir una pregunta, pregúntele al participante si ha obtenido respuesta. Si necesita más información o profundizar en el debate, pero se dispone de poco tiempo, aproveche el descanso para retomar el tema con el participante.
 - » Incorpore los principios básicos a sus respuestas siempre que sea posible. Los principios básicos son muy útiles para responder a las preguntas que abordan cuestiones como la confianza en las decisiones de la persona sobreviviente al respecto de su propia seguridad, la autodeterminación de la persona sobreviviente y la capacidad de escuchar a las personas sobrevivientes. Por ejemplo, el principio de autodeterminación significa que dejamos a la persona sobreviviente determinar cuándo o cómo revelar la violencia sufrida.
- Pida a los participantes que lean las preguntas más frecuentes sobre la violencia de pareja, recogidas en el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes (material de apoyo 6c) y comprueben si encuentran la respuesta a alguna de sus preguntas.
- Puede haber participantes que expresen impotencia o frustración por cuestiones que escapan a su control, como las limitaciones de recursos disponibles para las personas sobrevivientes o las normas sociales que privan a las personas sobrevivientes del apoyo familiar o comunitario que necesitan para salir de las situaciones de abuso en las que se hallan.
 - » Reconozca la importancia de estos retos y limitaciones.
 - » Anime a los participantes a hablar con sus supervisores y jefes y remítalos a la publicación *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a health manager's manual*⁴, que pueden utilizar como guía para salvar las limitaciones de los sistemas sanitarios.
- Algunas preguntas pueden exceder el ámbito de la capacitación.
 - » Recuerde a los alumnos que esta se centra en el apoyo de primera línea, la atención clínica, la documentación y las remisiones.
 - » Reitere a los participantes que abordar la violencia sexual y la violencia de pareja requiere un enfoque múltiple y multisectorial. Aunque la contribución de los sistemas sanitarios es muy importante, un miembro del personal sanitario no puede resolver todos los problemas de la persona sobreviviente ni tiene la responsabilidad de hacerlo.
 - » Anime a los participantes a buscar información complementaria y establecer contactos con promotores, responsables de programas y prestadores de servicios de otros sectores, a fin de crear una comunidad de práctica y aprendizaje.
- Algunas preguntas pueden manifestar el deseo de los participantes de cerciorarse de si una persona sobreviviente ha sufrido la violencia que afirma.
- Recuerde a los participantes que corresponde a la justicia establecer, en función de las pruebas, si la persona sobreviviente ha sido víctima de un delito penal, es decir, de una violación. El papel del personal sanitario es proporcionar tratamiento y apoyo y documentar la anamnesis y la exploración física.

4 *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259489>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Actividades de representación de roles

Las actividades de representación de roles son un componente esencial de esta capacitación y dan al alumnado la oportunidad de practicar sus destrezas. Estas destrezas se suelen practicar en grupos de tres, en los que los participantes desempeñan por turnos el papel de profesional sanitario, sobreviviente y observador. Algunos ejercicios contienen representaciones de roles para parejas o grupos de cuatro. Cuando sea necesario, se incluirán notas para los facilitadores en las instrucciones del ejercicio.

- Cuando presente los ejercicios de representación de roles, inste a los participantes a seguir las notas que describen el papel del sobreviviente. Subraye ante los participantes que, aunque la agresión sexual y la violencia de pareja son acontecimientos traumáticos, algunas personas sobrevivientes pueden mantener la calma en las visitas al consultorio. No existe un estado emocional o mental típico asociado a las personas sobrevivientes de la violencia o expresado por estas personas. Por lo tanto, no es necesario retratar a las personas sobrevivientes con un estado emocional estereotipado o exagerado.
- Los observadores deben examinar las interacciones y aportar comentarios constructivos sobre la representación de roles.
- Los comentarios deben seguir un formato estructurado, basado en las instrucciones que proporcione el facilitador para las representaciones de rol.
- Los facilitadores deben moverse por la sala y hacer sugerencias constructivas siempre que sea necesario.
- Recuerde que puede ser el primer contacto de los participantes con el modelo de apoyo de primera línea (ANIMA) y el debate sobre la violencia sexual o la violencia de pareja. Su papel es animarlos y aportar comentarios que los ayuden a mejorar.
- Asegúrese de enfatizar los comentarios positivos y destacar lo que se ha hecho bien.
- Los ámbitos en los que haya algo que corregir se pueden denominar “oportunidades de desarrollo”. Evite las etiquetas negativas o las críticas que no vayan acompañadas de sugerencias de mejora.
- Asegúrese de enmendar toda conducta o intercambio que puedan ser perjudiciales para las personas sobrevivientes, como la culpabilización de las sobrevivientes o la afirmación de que determinados tratamientos son obligatorios.

Nota: si se lleva a cabo una demostración de destrezas ante el grupo a través de una representación de roles, trabaje con otro facilitador para mostrar la comunicación y las interacciones entre el personal sanitario y el paciente a las que se aspira, ya que es más probable que esto lleve a los participantes en la dirección deseada que la demostración de una comunicación o unas interacciones negativas o inapropiadas.

Debates en conjunto sobre las representaciones de roles

- Comente los aspectos que hayan funcionado bien (recuerde incluir tanto la comunicación verbal como la no verbal; derive a los principios rectores, si es posible).
- Pregunte a los participantes que participaron en la representación de roles qué aspectos les resultaron difíciles.
- Aporte sugerencias de mejora.
- Invite a los demás miembros del grupo a que aporten sugerencias sobre cómo se podrían abordar los aspectos complicados.
- Señale que las destrezas mejorarán con la práctica constante a lo largo del tiempo y agradezca a los participantes que hayan salido de su zona de comodidad para practicar las representaciones de rol durante la capacitación.

Anexo 5. Entrega de diplomas o ceremonia (opcional)

Los diplomas firmados pueden ser un recordatorio duradero de las enseñanzas extraídas de la capacitación y un incentivo para poner en práctica lo aprendido. Si se van a entregar a los participantes diplomas impresos y firmados, reserve el tiempo suficiente para prepararlos y firmarlos.

El reconocimiento individual mediante una ceremonia de entrega de diplomas puede inspirar a los participantes a convertirse en promotores y reafirmar su destacado papel en la prestación de atención sanitaria a las personas sobrevivientes de casos de violencia.

Si tiene tiempo suficiente, entregue los diplomas uno a uno, llamando a cada participante para que lo recoja de manos del facilitador (20-30 minutos).

Si el tiempo es limitado, puede distribuir los diplomas cuando los participantes salgan de la sala o enviarlos por correo.

A continuación, se incluye un modelo de diploma, que deberá personalizar en función de sus propósitos.

Logotipo de la OMS o la administración sanitaria local AQUÍ	Logotipo de la organización o el organismo anfitrión de la capacitación AQUÍ
Este diploma se concede a:	
<hr/>	
En reconocimiento por haber completado con éxito la formación de cuatro días para personal sanitario en materia de apoyo de primera línea a sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja en contextos de emergencia humanitaria	
<i>Día, Mes, Año</i>	
Firma n.º 1 (Preimpres)	Firma n.º 2 (Añadida al finalizar el curso)
Nombre del director de la organización o el organismo Cargo	Nombre del formador Cargo

Anexo 6. Material de lectura, recursos para los facilitadores, material de apoyo para los participantes y otros documentos

El cuadro que figura a continuación recoge los recursos y materiales pertinentes para este programa de capacitación, por sesión. Los facilitadores pueden decidir no impartir algunas de las sesiones o no utilizar determinados recursos, en función del contexto, las necesidades o el tiempo del que dispongan.

- Los recursos numerados se encuentran en el anexo en línea A. Recursos para facilitadores; durante las sesiones los necesitará todos. El número de copias necesarias dependerá del número de participantes y de los requisitos específicos de la sesión, tal como se indica en la sección “Materiales y documentos” de la presente guía para cada sesión.
- Todos los materiales de apoyo numerados se encuentran en el anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes; algunos de estos materiales se utilizarán como referencia en determinadas sesiones. El número de copias necesarias dependerá del número de participantes y de los requisitos específicos de la sesión, tal como se indica en la sección “Materiales y documentos” de la presente guía para cada sesión. Tome nota de los recursos que hay que adaptar al contexto y actualice la versión digital antes de imprimir las copias, si es necesario.
- También puede crear un archivo en formato PDF a partir de la presentación de diapositivas y poner una copia digital a disposición de los participantes una vez finalizada la capacitación.
- Proporcione los recursos complementarios en papel o en formato electrónico, en una memoria USB, como sugiere la tabla. Recuerde a los participantes que el Manual clínico y las Directrices CMRIPV de la OMS, así como el protocolo, las directrices o los procedimientos operativos estándar nacionales, son también recursos clave a los que se hará referencia a lo largo de la capacitación.

Sesión	Materiales	Imprima copias en papel o incluya copias digitales en USB	Anexo en línea A. Paquete de recursos para facilitadores (copia impresa)	Anexo en línea B. Paquete de material de apoyo para los participantes (formato electrónico)
Todas	Manual clínico (OMS, 2014)	✓		
	Cualesquiera protocolos, documentos de política o directrices nacionales relativos al tratamiento clínico de casos de violación o violencia de pareja	✓		
	Directrices CMRIPV (OMS, 2020)	✓		
	Directrices en materia de abuso sexual infantil (OMS, 2017)	✓		
0	Cuestionario previo a la capacitación (opcional) Anexo 7			
1.	Material de apoyo 1a. El árbol de la violencia de género			✓
	Material de apoyo 1b. Superar los obstáculos a los que se enfrenta el personal sanitario al dar respuesta a la violencia sexual y la violencia de pareja			✓
	Material de apoyo 1c. ¿Por qué es importante la respuesta del personal sanitario?			✓
2.	Recurso 2.2a La culpa nos cubre: guion del facilitador Recurso 2.2b La culpa nos cubre: fichas de los personajes para los participantes		✓	
	Material de apoyo 2a. ¿Por qué no se van las mujeres?			✓
	Material de apoyo 2b. Obstáculos para recibir atención tras un episodio de violencia sexual y de pareja			✓

Sesión	Materiales	Imprima copias en papel o incluya copias digitales en USB	Anexo en línea A. Paquete de recursos para facilitadores (copia impresa)	Anexo en línea B. Paquete de material de apoyo para los participantes (formato electrónico)
3.	Material de apoyo 3a. Ficha de bolsillo del modelo ANIMA	✓		✓
4	Material de apoyo 4a. Principios de escucha activa			✓
5	Recurso 5.1a La red de derivaciones (opcional): instrucciones para el facilitador		✓	
	Recurso 5.1b La red de derivaciones: fichas de ayuda			
	Recurso 5.2 La repercusión de las políticas en la atención prestada: casos ejemplo 1-4		✓	
	Recurso 5.3 Cuando las redes de derivación se desintegran: estudios de caso 1-3		✓	✓
	Ayuda de trabajo 5a. Plantilla de directorio de derivaciones <i>Si se rellena previamente con información de servicios de remisión locales, proporcione una copia impresa o digital</i>	✓		✓
	Material de apoyo 5b. Hoja de trabajo sobre requisitos jurídicos y políticos básicos			✓
6	Material de apoyo 6a. Itinerario resumido de la atención a sobrevivientes de violencia de pareja			✓
	Material de apoyo 6b. Preguntas de ejemplo sobre la violencia.			✓
	Material de apoyo 6c. Preguntas frecuentes sobre la violencia de pareja			✓
	Recurso 6.1a Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: demostración del facilitador		✓	
	Recurso 6.1b Representación de roles en torno a la detección de la violencia de pareja: 6 fichas de ayuda (7 roles)			
7	Material de apoyo 7a. ANIMA en respuesta a la violencia de pareja: destrezas y vías de comunicación			✓
	Ayuda de trabajo 7b. ANIMA + AA			✓
	Recurso 7.2 Situaciones hipotéticas para la práctica del modelo ANI(MA): situaciones hipotéticas 1-4		✓	
8	Material de apoyo 8a. Evaluación del riesgo para la seguridad de la violencia de pareja			✓
	Material de apoyo 8b. Herramienta de planificación de la seguridad			✓
	Material de apoyo 8c. Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes: ANIMA + AA			✓
	Ayuda de trabajo 8d. Evaluar la capacidad de los y las adolescentes para tomar decisiones autónomas			✓
		Recurso 8.1 Representación de roles para practicar el modelo (ANI)MA: situaciones hipotéticas 1-4		✓

Sesión	Materiales	Imprima copias en papel o incluya copias digitales en USB	Anexo en línea A. Paquete de recursos para facilitadores (copia impresa)	Anexo en línea B. Paquete de material de apoyo para los participantes (formato electrónico)
9	Material de apoyo 9a. Ejemplo de formulario de anamnesis y exploración en casos de agresión sexual		✓	
	Recurso 9.2 Representación de roles sobre la anamnesis: situaciones hipotéticas 1-3			✓
10	Material de apoyo 10a. Listas de verificación de la exploración posterior a la violación		✓	
	Material de apoyo 10b. Lista de comprobación de la documentación sobre lesiones			
	Material de apoyo 10c. Pictogramas para documentar las lesiones	✓	✓	✓
	Recurso 10.2a Documentar los resultados de la exploración: situaciones hipotéticas 1-3	✓		
11	Material de apoyo 11a. Desarrollo puberal en mujeres según la escala de Tanner:		✓	
	Material de apoyo 11b. Protocolos para la profilaxis postexposición contra el VIH		✓	
	Recurso 11.1 Decisiones sobre el tratamiento de las agresiones sexuales: estudios de caso 1-4			✓
12	Material de apoyo 12a. Técnicas para reducir el estrés		✓	
	Material de apoyo 12b. Cuadro para evaluar si existe un trastorno depresivo moderado a grave		✓	
	Material de apoyo 12c. Cuadro para evaluar si existe un trastorno de estrés postraumático (TEPT)		✓	
13	No aplicable			
14	Recurso 14.1. Formulario de observación y comentarios	✓		✓
	Recurso 14.2. Notas para los supuestos de simulación clínica			✓
15	Material de apoyo 15a. Consejos para el examen forense y la obtención de pruebas		✓	
16	Material de apoyo 16a. Plan de acción posterior a la capacitación	✓		✓
	Diploma del curso para los participantes (opcional) Anexo 5		✓	
	Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas posterior a la capacitación (opcional) Anexo 8	✓	✓	

Anexo 7. Lista de control de materiales

<input type="checkbox"/>	Computadora portátil con software PowerPoint y VLC u otro reproductor multimedia
<input type="checkbox"/>	Rotafolios
<input type="checkbox"/>	Rotuladores o bolígrafos con los que pueda escribir en los rotafolios
<input type="checkbox"/>	Bolígrafos
<input type="checkbox"/>	Cuadernos para tomar notas
<input type="checkbox"/>	Notas adhesivas de colores
<input type="checkbox"/>	Fichas de colores
<input type="checkbox"/>	Cinta adhesiva u otro producto que sirva para pegar el papelógrafo a las paredes
<input type="checkbox"/>	Sombrero, caja o cuenco (para el ejercicio Miedos y motivaciones en un sombrero)
<input type="checkbox"/>	11 chales u hojas de periódico (para el ejercicio La culpa nos cubre)
<input type="checkbox"/>	2-3 ovillos de hilo de colores (para el ejercicio complementario La red de remisiones, si se va a realizar)
<input type="checkbox"/>	Copias de los recursos institucionales o locales de salud mental y apoyo psicosocial para el personal sanitario y asistencial (por ejemplo, telemedicina u otros recursos de apoyo)
<input type="checkbox"/>	Materiales para el autocuidado de los participantes (sesión 13): diversos, elíjalos según el contexto, el espacio donde se imparte la capacitación y la disponibilidad
<input type="checkbox"/>	Materiales para las simulaciones clínicas (sesión 14): consulte las notas orientativas de esta guía. Hay muchas opciones posibles, en función de los recursos disponibles Hay muchas opciones posibles, en función de los recursos disponibles.
<input type="checkbox"/>	Material de lectura, recursos para facilitadores, material de apoyo para los participantes y otros materiales didácticos para los participantes (véase el anexo 3)

Anexo 8. Herramientas para evaluar la capacitación y a los participantes

Este anexo contiene los cuestionarios previo y posterior a la capacitación y el formulario de evaluación posterior a la capacitación.

Cuestionarios para evaluar a los participantes antes y después de la capacitación

- Este cuestionario evalúa los conocimientos, actitudes y destrezas o competencias de los participantes. Puede utilizarse antes y después de la capacitación, para valorar los avances conseguidos.
- Recoge los datos demográficos, las características del ejercicio de la profesión y la formación previa.
- Se puede rellenar:
 - » inmediatamente antes y después de la capacitación (opción recomendada) y
 - » a intervalos regulares (por ejemplo, cada 6-12 meses) a partir de entonces, para valorar si los cambios en el ámbito de los conocimientos y las actitudes se han mantenido en el tiempo y si el alumnado ha sido capaz de aplicar lo aprendido a su práctica clínica.

Documentación relativa a la impartición (recomendada)

- Documente el marco y las fechas de realización, el número y condición de los participantes, la duración de la capacitación, las adaptaciones efectuadas en los materiales y las recomendaciones para adaptar la capacitación.
- Estas tareas las debe completar el facilitador.
- Lo ideal es que la documentación en torno a las adaptaciones planificadas con antelación, así como al número previsto de participantes y sus antecedentes, se completen durante la preparación de la capacitación. La documentación adicional sobre las adaptaciones efectuadas en el transcurso de la capacitación o en respuesta a una composición del grupo distinta de la esperada deberá completarse una vez finalizada la capacitación. La mayoría de los organismos y ONG tendrán sus propios formularios para documentar la impartición.

Formulario de opinión/evaluación

- Este formulario debe entregarse a los participantes para que lo rellenen al final de la capacitación.
- Ofrece al alumnado la oportunidad de dar su opinión sobre cómo recibieron y experimentaron la capacitación, así como sobre los ámbitos en los que los facilitadores podrían mejorar su metodología de capacitación.
- Se puede repartir a los participantes al distribuir los cuestionarios previo y posterior a la capacitación.

Cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los participantes previo y posterior a la capacitación

Lugar: _____ Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / 20 ____ Formador: _____

¿Qué es este cuestionario?

- Este cuestionario gira en torno a sus conocimientos, actitudes y prácticas actuales en relación con el tratamiento clínico de los casos de violación y violencia de pareja.
- No pretende medir ni evaluar su desempeño profesional. Sus respuestas no afectarán en modo alguno a su trabajo ni a su puesto. La información recogida a través de este cuestionario se utilizará para valorar la eficacia de la capacitación y las enseñanzas que haya extraído de su participación, así como para ayudar a los formadores a adaptar el programa para reforzar las esferas con mayores necesidades de aprendizaje.
- La información sobre el entorno de apoyo y ejercicio profesional podría compartirse con los responsables de los puntos de servicio o los coordinadores de distrito, a fin de fomentar las condiciones propicias para la prestación de asistencia.
- Agradeceríamos mucho que nos ayudase respondiendo a estas preguntas. Tardará unos 15-20 minutos en completar el formulario.

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Qué función desempeña como profesional sanitario? (Marque o rodee con un círculo solo una opción)

- Médico (por favor indique su especialidad)
- Partera
- Enfermero
- Auxiliar de enfermería
- Psicólogo
- Consejero
- Asistente social
- Otros (especifique): _____

2. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como profesional sanitario (incluya solo el tiempo que ha estado en activo, incluida la residencia)?

_____ años _____ meses

3. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su lugar de destino actual? _____ años _____ meses

4. Ubicación de la consulta: _____ Tipo de instalación _____

5. Número medio de pacientes que atiende a la semana (marque o rodee con un círculo solo una opción):

- Actualmente, no atiendo pacientes
- Menos de 20
- 20-59
- 60 o más

6. ¿Cuál es su grupo de edad? (Marque o rodee con un círculo solo una opción)

- Menos de 25 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55 años o más

7a. ¿Ha recibido capacitación sobre violencia de género?

- a. Sí
- b. No -- **Pase a la sección II**

7b. En caso afirmativo, ¿qué tipo de formación ha recibido? (Marque con un círculo Sí o No para cada opción)

- a. ¿Ha visto un vídeo? - Sí / No
- b. ¿Ha asistido a alguna conferencia o charla? - Sí / No
- c. ¿Ha asistido a algún curso o taller de capacitación orientado a la adquisición de destrezas? - Sí / No
En caso afirmativo, pase a la pregunta 7c
- d. ¿Ha recibido alguna otra capacitación específica? - Sí / No **En caso afirmativo, pase a la pregunta 7c**
- e. ¿Ha recibido capacitación durante sus estudios de medicina, enfermería o de otro ámbito (en el aula o en el ámbito clínico)? - Sí / No **En caso afirmativo, pase a la pregunta 7c**
- f. ¿Ha recibido algún otro tipo de capacitación? (Especifique cuál) _____

7c. En relación con esta capacitación:

Institución encargada de la capacitación	Año	¿Cuánto ha durado?	Principales temas tratados
		Horas: _____ Días: _____ Semanas: _____	
		Horas: _____ Días: _____ Semanas: _____	

I. CONOCIMIENTOS (INFORMACIÓN RECADADA ANTES Y DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN)

1. Indique si cree que las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas (elija *una* opción en cada caso, marcando o rodeando con un círculo el número correspondiente):

	Verdadero	Falso	No lo sé
a. La mayoría de las violaciones que sufren las mujeres las cometen desconocidos.	1	2	3
b. Toda revelación relativa a la violencia de pareja o la violencia sexual debe tratarse de forma confidencial.	1	2	3
c. Si un profesional sanitario sospecha que existe violencia de pareja, pero la mujer no lo reconoce, no puede hacer nada para ayudarla.	1	2	3
d. En caso de sospecha de violencia de pareja, es aconsejable que el profesional sanitario mantenga una reunión conjunta con la mujer y su pareja.	1	2	3
e. El profesional sanitario debe permitir que la persona sobreviviente tome sus propias decisiones.	1	2	3
f. El trabajador sanitario debe comprobar la veracidad del relato de la mujer preguntando al presunto agresor o a las amistades y familiares de la mujer.	1	2	3

	Verdadero	Falso	No lo sé
g. Si la mujer empieza a llorar, el profesional sanitario debe poner fin inmediatamente a la conversación para que pueda marcharse.	1	2	3
h. Es obligación del profesional sanitario convencer a la mujer sobreviviente de violencia de pareja o violencia sexual de que acuda a la policía o a los tribunales.	1	2	3
i. Las mujeres que mantienen relaciones abusivas pueden tener razones válidas para quedarse.	1	2	3
j. Es importante documentar los antecedentes sexuales de una mujer durante la exploración en casos de agresión sexual o violación.	1	2	3

2. ¿Cuáles de las siguientes son señales de advertencia de que una mujer puede haber sufrido violencia de pareja o violencia sexual? (Marque o rodee con un círculo “Sí”, “No” o “No lo sé” en cada caso)

- ¿Embarazo no deseado recurrente? - Sí / No / No lo sé
- ¿Abuso de alcohol o drogas? - Sí / No / No lo sé
- ¿Infecciones de transmisión sexual recurrentes? - Sí / No / No lo sé
- ¿Afecciones crónicas (como diabetes o trastornos inmunitarios)? - Sí / No / No lo sé
- ¿Dolor crónico inexplicable (por ejemplo, pélvico o dolores de cabeza)? - Sí / No / No lo sé
- ¿Lesiones frecuentes? - Sí / No / No lo sé
- ¿Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron? - Sí / No / No lo sé
- ¿Depresión o ansiedad? - Sí / No / No lo sé
- ¿Ideas, planes o actos de autolesión o intento de suicidio? - Sí / No / No lo sé
- ¿Consultas sanitarias reiteradas sin un diagnóstico claro? - Sí / No / No lo sé
- ¿Estrés crónico? - Sí / No / No lo sé

3. ¿Cuál es la pregunta más adecuada para plantear el tema de la violencia de pareja? (Marque o rodee con un círculo solo una opción)

- “¿Se siente a salvo cuando está con su pareja?” O “¿Está sufriendo violencia de pareja?” O No lo sé
- “¿Alguna vez tiene miedo de su pareja?” O “¿Su pareja le insulta o le amenaza?” O No lo sé
- “¿Alguna vez le ha hecho daño o la ha golpeado su pareja?” O “Muchas mujeres tienen problemas graves en sus relaciones. ¿Ha tenido algún momento difícil en su relación?” O No lo sé
- “¿Alguna vez alguien de su familia le ha hecho daño, insultado o amenazado?” O “¿Tiene miedo de algún miembro de su familia?” O No lo sé

4. Imagine que un miembro del personal sanitario formula los enunciados siguientes, ¿cuáles son útiles para ayudar a una mujer que sufre violencia de pareja o violencia sexual? (Marque o rodee con un círculo “Sí”, “No” o “No lo sé” en cada caso)

- “¿Cómo le hace sentirse esta situación?” - Sí / No / No lo sé
- “¿Por qué fue allí sola?” - Sí / No / No lo sé
- “Cuénteme detalladamente lo que le hizo”. - Sí / No / No lo sé
- “Es importante que trace un plan para reforzar su seguridad de cara al futuro”. - Sí / No / No lo sé
- “No debería sentirse tan triste”. - Sí / No / No lo sé
- “Debería sentirse afortunada de haber sobrevivido”. - Sí / No / No lo sé
- “Si es tan malo, debería abandonarlo”. - Sí / No / No lo sé
- “La violencia puede estar afectando a su salud y a la de sus hijos”. - Sí / No / No lo sé
- “En el futuro, debería evitar meterse en problemas”. - Sí / No / No lo sé

II. ACTITUDES (INFORMACIÓN RECABADA ANTES Y DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN)

2. ¿Cree que es aceptable que un hombre golpee a su esposa o pareja en las situaciones siguientes? (Elija *solo* una opción en cada caso, marcando o rodeando con un círculo el número correspondiente)

	Sí, es aceptable	A veces es aceptable	No, nunca es aceptable	No lo sé
a. Si la mujer no cumple con sus tareas domésticas.	1	2	3	4
b. Si la mujer desobedece al hombre.	1	2	3	4
c. Si la mujer provoca al hombre o le hace enfadar mucho.	1	2	3	4
d. Si la mujer se niega a mantener relaciones sexuales con él.	1	2	3	4
e. Si la mujer no cuida de los niños.	1	2	3	4
f. Si el hombre sospecha que la mujer le está siendo infiel.	1	2	3	4
g. Si el hombre descubre que la mujer le es infiel.	1	2	3	4

¿Hay alguna otra situación en la que crea que es aceptable que un hombre golpee a su esposa o pareja?
(Especifíquela) _____

3. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes (elija *solo* una opción en cada caso, marcando o rodeando con un círculo el número correspondiente):

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La esposa tiene la obligación de mantener relaciones sexuales con su esposo siempre que este lo desee.	1	2	3	4	5
b. Las funciones más importantes de una mujer son cuidar de su hogar y cocinar para su familia.	1	2	3	4	5
c. El hombre debe ser el cabeza de familia.	1	2	3	4	5
d. Una esposa debe obedecer a su esposo.	1	2	3	4	5
e. Una mujer debería poder gastar su propio dinero.	1	2	3	4	5

4. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes (elijas *solo* una opción en cada caso, marcando o rodeando con un círculo el número correspondiente):

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Preguntar a los y las pacientes sobre la violencia de pareja es una invasión de su intimidad.	1	2	3	4	5
b. Es degradante para los y las pacientes interrogarles sobre la violencia de pareja.	1	2	3	4	5
c. Si hago preguntas sobre violencia de pareja a pacientes que no han sufrido abusos, se van a enfadar mucho.	1	2	3	4	5
d. Si hago preguntas sobre violencia de pareja al o a la paciente, le parecerá aceptable.	1	2	3	4	5
e. Preguntar por el motivo subyacente de la lesión de un o una paciente es útil para prestar una atención médica de calidad.	1	2	3	4	5
f. La forma en que una pareja decida resolver un conflicto no es asunto mío.	1	2	3	4	5

III. PRÁCTICA (INFORMACIÓN RECADADA ANTES Y DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN Y ENTRE 3 Y 6 MESES DESPUÉS)

1. ¿En qué medida se siente preparado para llevar a cabo las siguientes tareas en su consulta? Seleccione un número entre 1 (nada preparado) y 5 (muy preparado). (Elija *solo* una opción en cada caso, marcando o rodeando con un círculo el número correspondiente)

	Nada preparado	Poco preparado	Algo preparado	Bastante preparado	Muy preparado
a. Determinar si una mujer sufre o ha sufrido violencia de pareja por los signos y síntomas que refiere.	1	2	3	4	5
b. Preguntar a una paciente si ha sufrido violencia de pareja.	1	2	3	4	5
c. Atender a una mujer que ha sido objeto de violencia de pareja o violencia sexual.	1	2	3	4	5

	Nada preparado	Poco preparado	Algo preparado	Bastante preparado	Muy preparado
d. Transmitir expresiones de validación y apoyo a una mujer que ha sufrido de violencia de pareja o violencia sexual.	1	2	3	4	5
e. Hablar con la mujer sobre sus necesidades y las opciones que puede tener.	1	2	3	4	5
f. Documentar la anamnesis y los resultados de la exploración física en la historia clínica de la paciente.	1	2	3	4	5
g. Evaluar el nivel de peligro inmediato para una mujer tras haber sufrido violencia de pareja o violencia sexual.	1.	2.	3.	4	5
h. Ayudar a la mujer a crear un plan para reforzar su seguridad y la de sus hijos.	1	2	3	4	5
i. Remitir a la mujer a los servicios de apoyo disponibles en la comunidad (psicológicos, jurídicos, de acogida, etc.).	1.	2.	3.	4	5

2. ¿Cuál cree que es su grado de conocimiento sobre los temas señalados a continuación? Seleccione un número entre 1 (nada) y 5 (mucho). (Elija una opción en cada caso, marcando el número correspondiente)

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
a. Servicios de apoyo disponibles en la comunidad para las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual (recursos de remisión).	1	2	3	4	5
b. Directrices nacionales relativas a la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual.	1	2	3	4	5

3. Cuando brindo atención a las mujeres que sufren violencia de pareja, dispongo de los siguientes recursos y apoyos para respaldar mi labor. (Marque o rodee con un círculo "Sí", "No" o "No lo sé" en cada caso)

- Tengo un colega al que puedo pedir consejo sobre cómo responder a un caso difícil de violencia de pareja. - Sí / No / No lo sé
- Puedo acceder a información fácilmente (por ejemplo, una guía o un procedimiento operativo estándar sobre cómo tratar los casos de violencia de pareja). - Sí / No / No lo sé
- Dispongo de un espacio privado en el centro sanitario donde puedo hablar confidencialmente con la mujer sobre los malos tratos que sufre. - Sí / No / No lo sé

- d. Mi supervisor apoya que pregunte de forma proactiva a mis pacientes o usuarias si están sufriendo violencia de pareja. - Sí / No / No lo sé
- e. Dispongo de nombres e información de contacto de personas de este centro a las que puedo remitir a las usuarias que revelan sufrir violencia de pareja, para que reciban asesoramiento o apoyo psicosocial complementario. - Sí / No / No lo sé
- f. Dispongo de nombres e información de contacto de personas ajenas al centro a las que puedo remitir a la mujer para que reciba apoyo psicosocial complementario. - Sí / No / No lo sé

IV. ATENCIÓN (INFORMACIÓN RECABADA ANTES DE LA CAPACITACIÓN Y COMO MÍNIMO 3 MESES DESPUÉS SI SE REALIZA UNA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL FUTURO)

1. En los últimos 3 meses, ¿ha detectado algún caso de violencia de pareja? (Por ejemplo, ha atendido un caso grave, ha descubierto un caso de maltrato continuado, una mujer le ha revelado un historial de violencia de pareja) (Marque o rodee con un círculo *solo* una opción)

- a. Sí _____ ¿Cuántas mujeres aproximadamente? _____
- b. No _____ **Pase a la pregunta 3**
- c. No aplicable – no estaba ejerciendo en este período **Pase a la pregunta 3**

2a. Con respecto a las mujeres objeto de violencia de pareja que ha detectado en los últimos 3 meses, ¿cuánto tiempo dedicó de media a tratar cada caso?

- a. Menos de 30 minutos
- b. Menos de una hora, pero un mínimo de 30 minutos
- c. Una hora o más

2b. ¿Cuáles de las siguientes medidas tomó mientras se ocupaba del caso? (Marque o rodee con un círculo “Sí” o “No” en cada caso)

- a. Proporcionó a la mujer información básica sobre la violencia de pareja. - Sí / No
- b. Formuló expresiones de validación y apoyo. - Sí / No
- c. Habló con la mujer sobre sus necesidades. - Sí / No
- d. Habló con la mujer de las opciones que puede tener. - Sí / No
- e. Documentó el historial de violencia de pareja y los resultados de la exploración física en la historia clínica de la paciente. - Sí / No
- f. Evaluó el nivel de peligro inmediato para la mujer. - Sí / No
- g. Ayudó a la mujer a elaborar un plan para reforzar su seguridad y la de sus hijos. - Sí / No
- h. Proporcionó a la mujer material educativo o recursos sobre la violencia de pareja (panfletos, folletos, etc.). - Sí / No
- i. Derivó a la mujer a otros departamentos del centro sanitario. - Sí / No
- j. Remitió a la mujer a los servicios de apoyo disponibles en la comunidad (psicológicos, jurídicos, de acogida, etc.). - Sí / No

3. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido denuncias sobre alguien que sufra violencia sexual? (Marque o rodee con un círculo *solo* una opción)

- a. Sí _____ ¿Cuántos casos aproximadamente? _____
- b. No _____ **Pase a la sección V**
- c. No aplicable – no estaba ejerciendo en este período

4a. Con respecto a las mujeres objeto de violencia sexual que detectó en los últimos 3 meses, ¿cuánto tiempo dedicó de media a tratar cada caso?

- a. Menos de 30 minutos
- b. Menos de una hora, pero un mínimo de 30 minutos
- c. Una hora o más

4b. ¿Cuáles de las siguientes medidas tomó mientras se ocupaba del caso? (Marque o rodee con un círculo “Sí” o “No” en cada caso)

- a. Proporcionó a la mujer información básica sobre la violencia sexual. - Sí / No
- b. Formuló expresiones de validación y apoyo. - Sí / No
- c. Habló con la mujer sobre sus necesidades. - Sí / No

- d. Habló con la mujer de las opciones que puede tener. - Sí / No
- e. Documentó el historial de violencia sexual y los resultados de la exploración física en la historia clínica de la paciente. - Sí / No
- f. Evaluó el nivel de peligro inmediato para la mujer. - Sí / No
- g. Ayudó a la mujer a elaborar un plan para reforzar su seguridad y la de sus hijos. - Sí / No
- h. Proporcionó a la mujer material educativo o recursos sobre la violencia sexual (panfletos, folletos, etc.). - Sí / No
- i. Derivó a la mujer a otros departamentos del centro sanitario. - Sí / No
- j. Remitió a la mujer a los servicios de apoyo disponibles en la comunidad (psicológicos, jurídicos, de acogida, etc.). - Sí / No

V. POSTERIOR (INFORMACIÓN RECABADA TRAS LA CAPACITACIÓN Y ENTRE 3 Y 6 MESES DESPUÉS SI SE REALIZA UNA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL FUTURO)

1a. ¿Necesita capacitación complementaria para sentirse más preparado para prestar atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia?

- a. Sí _____
- b. No _____ **Pase a la pregunta 2**

1b. En caso afirmativo, ¿capacitación sobre qué tipo de competencias o conocimientos? (Marque o rodee con un círculo “Sí” o “No” en cada caso)

- a. Determinar qué pacientes han sufrido violencia de pareja. - Sí / No
- b. Preguntar a las mujeres si han sufrido violencia de pareja. - Sí / No
- c. Escuchar activamente y formular expresiones de validación y apoyo. - Sí / No
- d. Hablar con la mujer sobre sus necesidades y las opciones que puede tener. - Sí / No
- e. Documentar los antecedentes de violencia de pareja o violencia sexual. - Sí / No
- f. Documentar los resultados de la exploración. - Sí / No
- g. Evaluar el nivel de peligro inmediato para una mujer tras haber sufrido violencia de pareja o violencia sexual. - Sí / No
- h. Ayudar a la mujer a elaborar un plan para reforzar su seguridad y la de sus hijos. - Sí / No
- i. Remitir a la mujer a los servicios de apoyo disponibles en la comunidad (psicológicos, jurídicos, de acogida, etc.).
- j. Brindar atención de salud física tras padecer violencia sexual. - Sí / No
- k. Brindar atención de salud mental. - Sí / No
- l. Practicar el autocuidado para afrontar el agotamiento o el trauma indirecto. - Sí / No
- m. Directrices o protocolos en materia de atención a las mujeres que sufren violencia de pareja. - Sí / No
- n. Directrices o protocolos en materia de atención a las mujeres que sufren violencia sexual. - Sí / No
- o. Leyes y reglamentos relevantes para los requisitos de notificación. - Sí / No

2. Según su experiencia, ¿cuáles son los principales obstáculos que le dificultan abordar eficazmente la violencia de pareja o la violencia sexual? (Clasifique estos cinco elementos del más importante [1] al menos importante [5])

Obstáculo	Tipo
a. No me siento cómodo hablando con las mujeres sobre violencia de pareja.	Personal _____
b. No dispongo de un espacio privado en la consulta para atender a las mujeres que sufren violencia de pareja.	Sistema _____
c. No dispongo de un espacio privado en la consulta para atender a las mujeres que sufren violencia sexual.	Sistema _____
d. Tengo muy pocas oportunidades de hablar a solas con las mujeres que sufren violencia (sin la presencia del cónyuge, familiares, hijos u otras personas que las acompañen).	Sistema _____
e. No dispongo de anticoncepción de urgencia.	Sistema _____
f. Hay pocos recursos en la comunidad a los que pueda remitir a las mujeres que sufren violencia.	Sistema _____

g. No hay un lugar seguro y confidencial donde guardar las historias clínicas.	Sistema _____
h. Me falta tiempo y atiende a un gran número de casos en la consulta.	Sistema _____
i. No tengo los conocimientos y destrezas suficientes para ayudar a las mujeres que sufren violencia.	Personal _____
j. Tengo que centrar mi atención en otros problemas sanitarios.	Personal _____
k. Si me implico en casos de violencia, tendría que tomar parte en las actuaciones policiales.	Personal _____
l. Podría ser objeto de abusos por parte del agresor.	Personal _____
m. La comunidad podría reaccionar negativamente.	Personal _____
n. Siento que no hay mucho que pueda hacer para ayudar a las mujeres que sufren violencia.	Personal _____
o. Otros (especifique): _____	_____
p. No aplicable - No creo que existan obstáculos importantes en mi contexto.	

3. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar los servicios que ofrece su centro sanitario a las personas sobrevivientes en situaciones humanitarias?

Formulario de evaluación posterior a la capacitación

Según su experiencia, ¿cuán útil ha sido la capacitación en los siguientes ámbitos? Por favor, otorgue a cada componente una puntuación entre 1 (nada útil/no mejoró mis conocimientos, actitudes o destrezas) y 5 (muy útil/me confirió nuevos conocimientos o destrezas/mejorará la atención que brindo).

Componente de la capacitación	1	2	3	4	5
a. La información sobre violencia sexual y violencia de pareja fue clara y pertinente para mi labor como profesional sanitario.	1	2	3	4	5
b. La información sobre los principios centrados en las personas sobrevivientes es aplicable a mi trabajo.	1	2	3	4	5
c. La información sobre el apoyo de primera línea se presentó con claridad.	1	2	3	4	5
d. El tiempo dedicado a la práctica de la comunicación entre proveedor y sobreviviente fue suficiente para reforzar mi confianza en la práctica de la escucha activa.	1	2	3	4	5
e. La información y la práctica sobre cómo plantear preguntas relativas a la violencia de pareja me dieron más confianza para detectar la violencia de pareja en mis pacientes.	1	2	3	4	5
f. Las representaciones de roles en torno al modelo ANIMA me ayudaron a practicar las destrezas para proporcionar esta atención esencial a mis pacientes.	1	2	3	4	5
g. La información proporcionada sobre la anamnesis orientada al tratamiento clínico de casos de violación es relevante para mi ámbito de trabajo y el entorno donde ejerzo.	1	2	3	4	5
h. Los ejercicios me proporcionaron tiempo suficiente para mejorar mi capacidad de documentar los resultados de la exploración física para el tratamiento clínico de casos de violación.	1	2	3	4	5
i. La información proporcionada sobre la terapia como parte del tratamiento clínico de casos de violación fue clara y relevante para mi trabajo.	1	2	3	4	5
j. Hubo tiempo suficiente para aprender acerca de las decisiones de tratamiento ante distintos supuestos de agresión sexual.	1	2	3	4	5
k. La información facilitada sobre cómo mejorar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es pertinente para mi trabajo.	1	2	3	4	5
l. El contenido sobre el autocuidado y cómo prevenir el agotamiento mientras atiende a sobrevivientes en situaciones de crisis me resultó útil.	1	2	3	4	5
m. La información sobre cuándo recoger pruebas forenses se presentó con claridad.	1	2	3	4	5
n. Los facilitadores pudieron responder a las preguntas de los participantes.	1	2	3	4	5
o. Los facilitadores proporcionaron a los participantes opiniones constructivas y prácticas que contribuyeron a mejorar sus destrezas.	1	2	3	4	5
p. Otros (especifique): _____	1	2	3	4	5

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación

Organización Mundial de la Salud

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: srhavp@who.int

Sitio web: <https://www.who.int/es/health-topics/violence-against-women>

<https://www.who.int/es>