



# 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

Anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes



## © 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.** Anexo en línea B. Material de apoyo para los participantes En: 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. <https://doi.org/10.2471/B09164>. Licencia: CC 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.

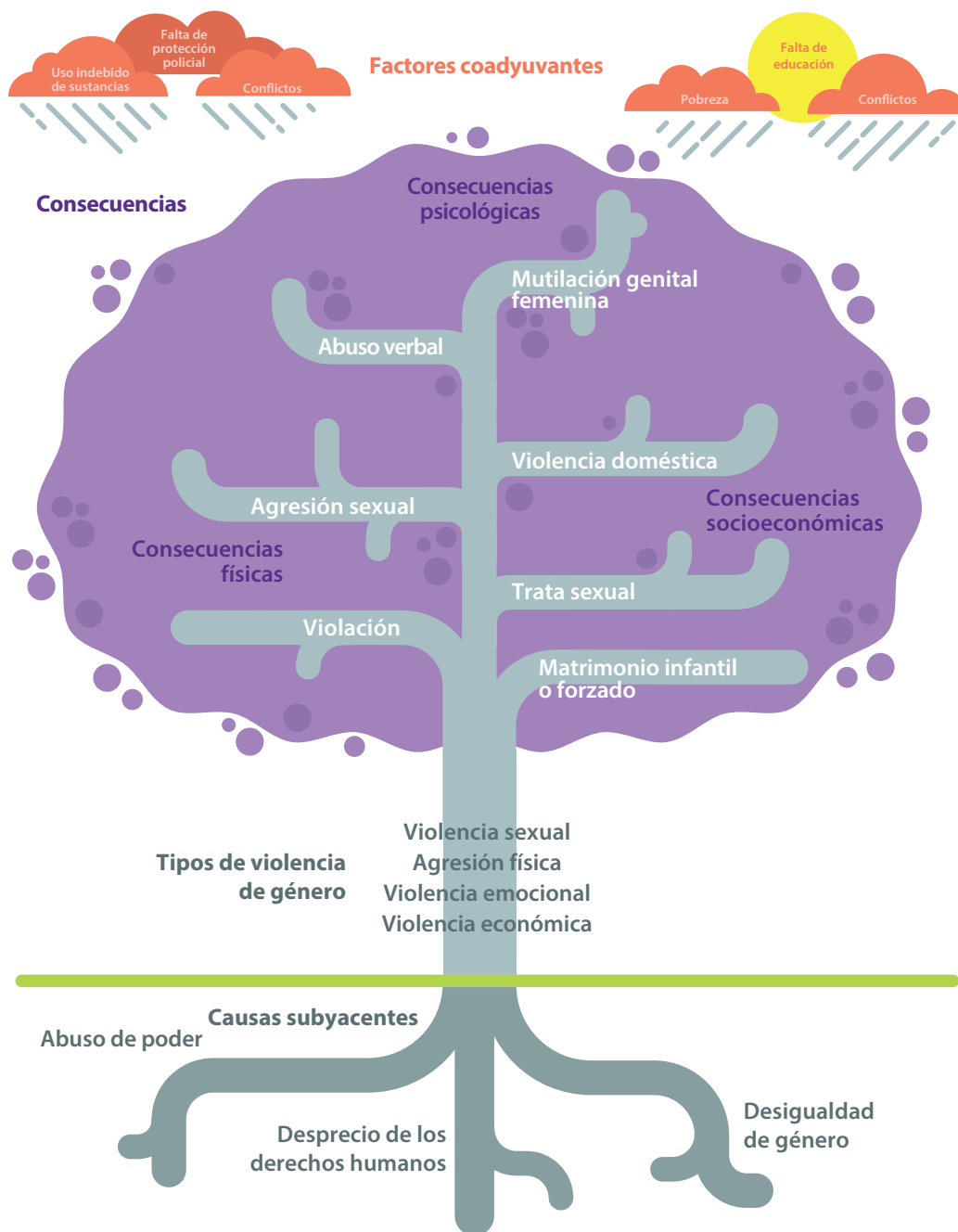
Esta publicación hace parte del documento de la OMS titulado *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja en situaciones de emergencia: programa de capacitación para los prestadores de servicios de salud, guía para el facilitador*. Se pone a disposición del público con fines de transparencia e información.

# Índice

Material de apoyo 1a. El árbol de la violencia de género	1
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	2
Material de apoyo 1c. ¿Por qué es importante la respuesta del personal sanitario?	4
Material de apoyo 2a. ¿Por qué no dejan las mujeres a sus parejas?	5
Material de apoyo 2b. Obstáculos para recibir atención tras un episodio de violencia sexual y de pareja	6
Material de apoyo 3a. Ficha de bolsillo del modelo ANIMA	7
Material de apoyo 4a. Principios de escucha activa	8
Material de apoyo 5a. Plantilla de directorio de remisiones	10
Material de apoyo 5b. Hoja de trabajo sobre requisitos jurídicos y políticos básicos	11
Material de apoyo 6a. Flujograma de la atención a sobrevivientes de violencia de pareja	13
Material de apoyo 6b. Preguntas de ejemplo sobre la violencia	14
Material de apoyo 6c. Preguntas frecuentes sobre la violencia de pareja	15
Material de apoyo 7a. ANIMA en respuesta a la violencia de pareja: destrezas y vías de comunicación	16
Material de apoyo 7b. ANIMA + AA	17
Material de apoyo 8a. Evaluación del riesgo para la seguridad de la violencia de pareja	18
Material de apoyo 8b. Herramienta de planificación de la seguridad	19
Material de apoyo 8c. Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes: ANIMA + AA	21
Material de apoyo 8d. Evaluar la capacidad de los y las adolescentes para tomar decisiones autónomas	22
Material de apoyo 9a. Ejemplo de formulario de anamnesis y exploración en casos de agresión sexual	24
Material de apoyo 10a. Listas de verificación de la exploración posterior a la violación	28
Material de apoyo 10b. Lista de verificación de la documentación de lesiones	29
Material de apoyo 10c. Pictogramas para documentar las lesiones	30
Material de apoyo 11a. Desarrollo puberal en mujeres según la escala de Tanner	34
Material de apoyo 11b. Profilaxis postexposición contra el VIH	35
Material de apoyo 12a. Técnicas para reducir el estrés	36
Material de apoyo 12b. Cuadro para evaluar si existe un trastorno depresivo moderado o grave	37
Material de apoyo 12c. Cuadro para evaluar si existe un trastorno de estrés postraumático (TEPT)	38
Material de apoyo 15a. Consejos para el examen forense y la recogida de pruebas	39
Material de apoyo 16a. Plan de acción posterior a la capacitación	40



# Material de apoyo 1a. El árbol de la violencia de género



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Boys on the move: the toxic GBV tree*. Nueva York: UNFPA; 2019 (<https://eeca.unfpa.org/en/publications/boys-move-toxic-gbv-tree>).

# 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

## Preocupación: Falta de tiempo para evaluar y responder a los malos tratos

**Reflexión:** Evaluar los malos tratos y responder a ellos puede salvar vidas y cabe incluirse en la atención sanitaria ordinaria. Dado que la violencia afecta la salud, conocer las vivencias y las consecuencias de la violencia aporta información importante sobre la salud del paciente y tal vez revele la causa subyacente del problema que este presenta. No todos los aspectos de la respuesta a una agresión sexual o violación tienen que tratarse en una sola consulta o con el mismo profesional sanitario. Cuando hay más personal sanitario en el mismo centro, conforme a la división de funciones y responsabilidades, las tareas pueden compartirse.

## Preocupación: Ofender a un paciente

**Reflexión:** Las mujeres afectadas por la violencia suelen esperar tener una oportunidad para hablar de algún aspecto de lo que están viviendo. Los datos demuestran que a las mujeres no les importa que se les pregunte por los malos tratos cuando se hace con sensibilidad y sin juzgarlas, y que en su mayoría aprecian que el personal sanitario manifieste su atención. De hecho, es posible que sus pacientes confíen más en usted al saber que se preocupa por su salud y su seguridad.

## Preocupación: Suponer que no habrá violencia en una población con características tales como un nivel socioeconómico alto, una religión en particular y un tipo de cultura concreta

**Reflexión:** La violencia está presente en todas las culturas, niveles económicos y grupos religiosos. Reflexione sobre sus presuposiciones y dé a los pacientes la ocasión de contar sus vivencias.

## Preocupación: Sentirse impotente para ayudar o “resolver” el maltrato

**Reflexión:** Como profesional sanitario, su papel no es “resolver” el maltrato ni el “problema” de la violencia en la vida de los pacientes. Recuerde que la violencia es un acto en el que se arrebató por la fuerza el poder y la autonomía a las personas sobrevivientes. Al escucharlas con empatía, crear su historia, ofrecerles una respuesta que las valide o no las juzgue, garantizarles la confidencialidad y ofrecerles información y opciones que las ayuden a tomar decisiones (es decir, respetar su libre determinación), estará haciendo lo posible por que las personas sobrevivientes puedan recuperar la sensación de autonomía y poder que les arrebató. Es un paso importante en el proceso de curación de las personas sobrevivientes.

## Preocupación: Inseguridad de que la persona sobreviviente vaya a tomar medidas

**Reflexión:** Nunca podemos saber con certeza cómo se comportarán los pacientes cuando se vayan; no controlamos lo que hacen o dejan de hacer con la información que les facilitamos. Para los sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja, tal vez hagan falta varias intervenciones y conversaciones hasta que alcancen un estado de seguridad y bienestar. Las conversaciones con el personal sanitario son un punto de partida importante. Al menos podemos prestar **A**tención al escuchar, **N**o juzgar y validar, **I**nformarnos sobre las necesidades y preocupaciones, **M**ejorar la seguridad y prestar **A**poyo.

## Preocupación: Falta de continuidad e imposibilidad de hacer un seguimiento

**Reflexión:** Para las personas sobrevivientes, regresar con motivo de las consultas de seguimiento puede ser difícil, especialmente en un contexto humanitario en el que la movilidad está restringida o en el que pueden hallarse en tránsito. En tal situación, haga todo lo que pueda en la primera consulta para atender sus necesidades médicas inmediatas y ofrecerles asistencia de primera línea. Aunque sea la única oportunidad, proporcione atención sanitaria con empatía y de modo que cubra sus necesidades más importantes; evite también volver a traumatizarlas.

## **Preocupación: Falta de conocimientos sobre cuándo y cómo preguntar si se sospecha que hay violencia de pareja**

**Reflexión:** La formación que reciba le proporcionará las herramientas que necesita para sentir seguridad a la hora de tratar el tema con sus pacientes. Repasar los materiales de apoyo, especialmente el 4a y el 7a, puede ayudarle a refrescar sus conocimientos en los meses y años venideros. Recuerde que, con la práctica y el tiempo, le resultará más fácil reconocer los signos y síntomas asociados a la violencia de pareja y saber hacer preguntas con empatía.

## **Preocupación: Incomodidad y falta de práctica para hablar de la violencia de género**

**Reflexión:** Hablar con sus pacientes sobre la violencia de género será más fácil con formación, tiempo y práctica.

## **Preocupación: ¿Mi función no se centra principalmente en la salud física?**

**Reflexión:** Los datos han demostrado que la violencia sexual y la violencia de pareja tienen un efecto directo y cuantificable en múltiples aspectos de la salud física, mental, sexual y reproductiva de las personas sobrevivientes. Los profesionales sanitarios tenemos un papel que desempeñar en la protección de la salud física y mental de nuestros pacientes.

## **Preocupación: Sensación de que no hay intervenciones eficaces**

**Reflexión:** Ofrecer una escucha eficaz, validación y apoyo a través del modelo ANIMA es una forma de intervención y puede ser un gran apoyo para sus pacientes, incluso en contextos en los que escasean las intervenciones adicionales o los servicios de derivación.

## **Preocupación: Responder a una agresión sexual puede exigir que testifique en un proceso judicial, algo para lo cual no está preparado**

**Reflexión:** Es importante ser consciente de su obligación legal de testificar ante un tribunal si la persona sobreviviente denuncia una agresión sexual y quiere conseguir una reparación jurídica. Para estar mejor preparado para testificar, es importante documentar cuidadosamente los detalles en un formato estructurado como parte de la documentación médico-legal.

## **Preocupación: Los antecedentes personales de violencia pueden influir en su disposición a hablar de violencia con los pacientes y dificultar este tipo de conversación**

**Reflexión:** El personal sanitario no es inmune a sufrir (o perpetrar) violencia sexual y de pareja. Céntrese en protocolos clínicos y buenas prácticas como el modelo ANIMA, así desempeñará su labor con más empatía y eficacia. Puede solicitar apoyo si aumenta su nivel de estrés o ansiedad como resultado de atender a sobrevivientes de violencia sexual y de pareja.

# Material de apoyo 1c. ¿Por qué es importante la respuesta del personal sanitario?

- Integrar la violencia sexual y de pareja en la respuesta humanitaria, lo que engloba la labor del grupo temático de salud, puede ayudar a las personas sobrevivientes en emergencias humanitarias a acceder a una atención sanitaria vital.
- La violencia sexual y de pareja van ligadas a malos resultados de salud, como los relacionados con la salud física, mental y sexual y reproductiva.
- Los servicios de salud pueden ser el primer punto de contacto para las personas sobrevivientes de violencia sexual y de pareja.
- En muchos entornos, las personas sobrevivientes clasifican al personal sanitario entre los profesionales en los que confían y a los que estarían dispuestos a revelar su experiencia de malos tratos.
- Cuando un profesional sanitario pregunta sobre la violencia de pareja, hace reflexionar a su paciente acerca de que las relaciones sanas son importantes para la salud y el bienestar.
- Indagar sobre la violencia cuando existen indicadores de salud sirve para normalizar las preguntas de identificación y que las personas sobrevivientes tengan menos sensación de ser juzgadas.

*Nota: La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el cribado universal, sino el cribado clínico a partir de la presentación y la anamnesis.*

- Recibir información sobre la violencia sexual y de pareja en forma de carteles, folletos o panfletos facilita que las personas sobrevivientes mantengan su sentido de autonomía a la hora de hablar de violencia con el personal sanitario. Les brinda la oportunidad de afrontar su situación según su propio grado de preparación.
- Cuando el personal sanitario plantea a sus pacientes la cuestión de la violencia como una conversación necesaria para su buena salud y bienestar, puede disipar la inquietud que generen la estigmatización y los juicios de valor.
- Las muestras de preocupación y apoyo del personal sanitario pueden validar las experiencias de las personas sobrevivientes, ayudarlas a reconocer los malos tratos e inspirarlas a tomar medidas para mantenerse a salvo.

Fuente: OMS, UNFPA y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres). *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>).



# Material de apoyo 2a. ¿Por qué no dejan las mujeres a sus parejas?

Terminar una relación puede ser más complicado de lo que parece.

Las mujeres permanecen en relaciones abusivas por muchas razones, tales como:

- **Miedo:** Una mujer puede tener miedo de lo que ocurrirá si decide dejar la relación.
- **Creer que el maltrato es normal:** Una mujer puede no saber distinguir una relación sana y ser incapaz de ver que su relación es abusiva.
- **Vergüenza:** Puede que las mujeres se avergüencen de admitir que han sufrido malos tratos y tal vez piensen que llegar a esa situación es culpa suya. También puede que les preocupe que su familia, amigos y vecinos las juzguen.
- **Baja autoestima:** Los malos tratos verbales y físicos suelen ir de la mano. Cuando se degrada y se culpa repetidamente a las mujeres del maltrato que sufren, sobre todo si es a manos de alguien que se supone que las quiere, es muy sencillo empezar a creer que los abusos son culpa suya.
- **Amor o esperanza de que se produzca un cambio:** Los maltratadores suelen ser encantadores y manipuladores. Una mujer puede tener la esperanza de que su pareja vuelva a ser la persona que conocía antes de que empezara la violencia.
- **Hijos:** Algunas mujeres sienten que deben proteger a su familia por el bien de sus hijos, pase lo que pase.
- **Razones culturales o religiosas:** Las normas culturales o religiosas pueden hacer que una mujer se muestre reacia a dejar la relación por temor a la imagen que pueda quedar de sí misma y de su familia o comunidad.
- **Falta de dinero o recursos:** Una mujer puede depender de un maltratador para obtener recursos económicos, vivienda y muchas otras necesidades. En tales circunstancias, puede parecer imposible dejar la relación.
- **Discapacidad:** En algunas situaciones, cabe la posibilidad de que una mujer dependa físicamente de su pareja.
- **Aislamiento:** Una mujer puede sentir que no tiene adónde ir ni a quién acudir en busca de apoyo.

# Material de apoyo 2b. Obstáculos para recibir atención tras un episodio de violencia sexual y de pareja

## Motivos más frecuentes para no buscar ayuda

- La violencia era normal o no era grave.
- Temía las consecuencias, amenazas o más violencia.
- Le daba vergüenza o miedo que la culparan o no le creyeran.
- Temía avergonzar a su familia.
- Temía las dificultades económicas o la manipulación.

## Motivos más frecuentes por los que se busca ayuda

- No podía aguantar más.
- Estaba malherida.
- Su pareja había amenazado o golpeado a sus hijos.
- La habían animado amigos o familiares a que lo hiciera.
- Le preocupaba quedar embarazada.
- Tenía miedo de contraer el VIH.

Fuente: *Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# Material de apoyo 3a. Ficha de bolsillo del modelo ANIMA

Copie o recorte esta tarjeta recordatorio y dóblela para llevarla en el bolsillo.

<p><b>A</b>tención al escuchar</p> <p><b>N</b>o juzgar y validar</p> <p><b>I</b>nformarse sobre las necesidades y preocupaciones</p> <p><b>M</b>ejorar la seguridad</p> <p><b>A</b>poyar</p>	<p>Escuche atentamente, con empatía, sin juzgar.</p> <p>Demuéstrele que la cree y la comprende.</p> <p>Evalúe y responda a sus necesidades y preocupaciones: emocionales, físicas, sociales y prácticas.</p> <p>Piensen en un plan que le permita estar protegida desde ese momento</p> <p>Ayúdela a ponerse en contacto con servicios, apoyo social.</p>
--	---

----- DOBLAR -----

<p><b>Preguntar sobre la violencia</b></p> <p>Podría decir: "Muchas mujeres tienen problemas con su esposo o pareja, pero esto no se puede tolerar".</p> <p>Podría preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "¿Tiene miedo a su esposo (o a su pareja)?"</li> <li>• "¿Alguna vez su esposo u otra persona con quien convive ha amenazado con lastimarla? En caso afirmativo, ¿cuándo ha sucedido?"</li> <li>• "¿Ha amenazado con matarla?"</li> <li>• "¿La insulta o la intimida?"</li> <li>• "¿Trata de controlarla, por ejemplo, no le permite tener dinero o salir de casa?"</li> <li>• "¿La ha obligado a tener relaciones sexuales sin que usted quiera?"</li> </ul>	<p><b>Signos de riesgo inmediato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La violencia empeora</li> <li>• La amenaza con un arma</li> <li>• Intento estrangularla</li> <li>• La golpeó cuando estaba embarazada</li> <li>• Celos constantes</li> <li>• "¿Cree que sería capaz de matarla?"</li> </ul>
---	---

# Material de apoyo 4a. Principios de escucha activa

**Escuchar es un proceso interactivo y motivador** en el que el oyente centra su atención en la persona con la que habla.

- El oyente intenta comprender e interpretar los mensajes verbales y no verbales.
- El oyente utiliza técnicas verbales y no verbales para transmitir su apoyo y comunicar que ha escuchado y entendido el mensaje.
- La escucha activa es fundamental para la comunicación.

## Tipos de preguntas

*Este tipo de preguntas son adecuadas para obtener información relevante:*

### Preguntas abiertas

Una pregunta abierta tiene un alcance amplio y no limita el ámbito de la investigación; por ejemplo: “¿Qué dificultades tiene?”

- Las preguntas abiertas obtienen más información que los otros tipos de preguntas.
- Es útil comenzar las interacciones con preguntas abiertas y luego, en función de las respuestas, pasar a preguntas concretas y cerradas.

### Preguntas concretas

El oyente define el ámbito de la pregunta, pero deja una amplia libertad para la respuesta. Por ejemplo: “¿Puede contarme cómo fue su visita al médico?”

### Preguntas cerradas

Estas preguntas requieren un “sí”, un “no” o una respuesta numérica. Por ejemplo: “¿Desde cuándo tiene problemas para dormir?”

*Procure evitar los siguientes tipos de preguntas, ya que suelen dar como resultado información insuficiente o inexacta:*

### Preguntas sugestivas

El oyente guía al orador hacia una determinada respuesta aceptable. Por ejemplo: “Está de acuerdo en que buscar ayuda profesional es la única forma de que empiece a sentirse mejor, ¿verdad?”

### Preguntas compuestas

Se formulan dos o más preguntas sin dar tiempo a que el orador responda a la primera pregunta. Por ejemplo: “¿Ha decidido si quiere presentar cargos y si quiere que la derive a un grupo de apoyo?”

## Comunicación no verbal

Las normas de comunicación no verbal varían según los contextos y las culturas. Estas directrices pueden serle útiles para empezar a reflexionar sobre lo que es apropiado en su entorno.

### Postura al sentarse

- Sentarse al mismo nivel que el orador puede facilitar que se abra la conversación.
- Cruzar los brazos o las piernas indica una menor implicación. Una postura abierta muestra una actitud receptiva hacia el interlocutor y a lo que tiene que decir.
- Una ligera inclinación hacia una persona puede transmitir el mensaje “Estoy contigo, me interesa lo que tienes que decir”.

### Contacto visual

- Las normas sobre el contacto visual varían según el contexto. Utilice el contexto como guía para realizar contacto visual.
- El contacto visual frecuente y delicado hace que el paciente sienta que el profesional está atento.

- El proveedor no debe establecer contacto visual con tanta frecuencia durante la sesión inicial, pero el nivel de contacto visual puede aumentar y mantenerse con la compenetración y la progresión del debate.

### *Apoyo adicional*

- Asentir con la cabeza puede transmitir ánimo y compasión, así como haber entendido lo que se ha comunicado. Transmitir confianza y comprensión ayuda a los pacientes a saber que el tema de la violencia no es nuevo ni inusual para el oyente.
- Un enfoque relajado y sin prisas espera a que la conversación se desarrolle y no mete prisa al interlocutor.



# Material de apoyo 5b. Hoja de trabajo sobre requisitos jurídicos y políticos básicos

Rellenar previamente con información específica del contexto y citar las leyes y normativas pertinentes.

<b>Medida: 1. Reúna información sobre las siguientes leyes y reglamentos</b>			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Notas o detalles sobre las leyes, los reglamentos y las disposiciones normativas</b>
¿Existen disposiciones penales relacionadas con la violencia sexual, la violación o el abuso sexual infantil (es decir, que aparezcan en el código penal del país)?			
¿Existen disposiciones legales (penales o civiles) relacionadas con la violencia de pareja, la violencia doméstica y la violencia familiar (por ejemplo, en el código penal del país)?			
¿Existen leyes o políticas relacionadas con la protección frente a la violencia sexual y el acoso sexual en el lugar de trabajo?			
<p>¿Permite la ley que se proporcionen información y servicios de aborto a las mujeres que han sufrido violencia de género o una agresión sexual o violación?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿existen otras barreras normativas o políticas que limiten su acceso al aborto (por ejemplo, consentimiento de terceros, objeción de conciencia, tiempos mínimos de espera o la obligatoriedad de presentar una denuncia ante la policía)?</i></p>			
¿Existen barreras normativas que limiten el acceso a los anticonceptivos de emergencia por parte de las mujeres que han sufrido agresiones sexuales (por ejemplo, que los anticonceptivos de emergencia no figuren en la listado nacional de medicamentos esenciales)?			
<p>¿Existen leyes, reglamentos o políticas que limiten o pongan obstáculos al acceso a los servicios de atención a las agresiones sexuales o violaciones para los grupos marginados? Por ejemplo, para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Personas que mantienen relaciones con personas del mismo sexo (por ejemplo, leyes que penalizan las relaciones homosexuales)</li> <li>Personas con discapacidad (por ejemplo, normas que exigen el consentimiento de terceros)</li> <li>Inmigrantes y refugiados (por ejemplo, al exigir un documento de identidad para acceder a los servicios)</li> <li>Minorías étnicas o grupos indígenas.</li> </ol>			

## Medida 2. Definir las obligaciones legales del personal sanitario en relación con el tratamiento de la violencia sexual y de pareja.

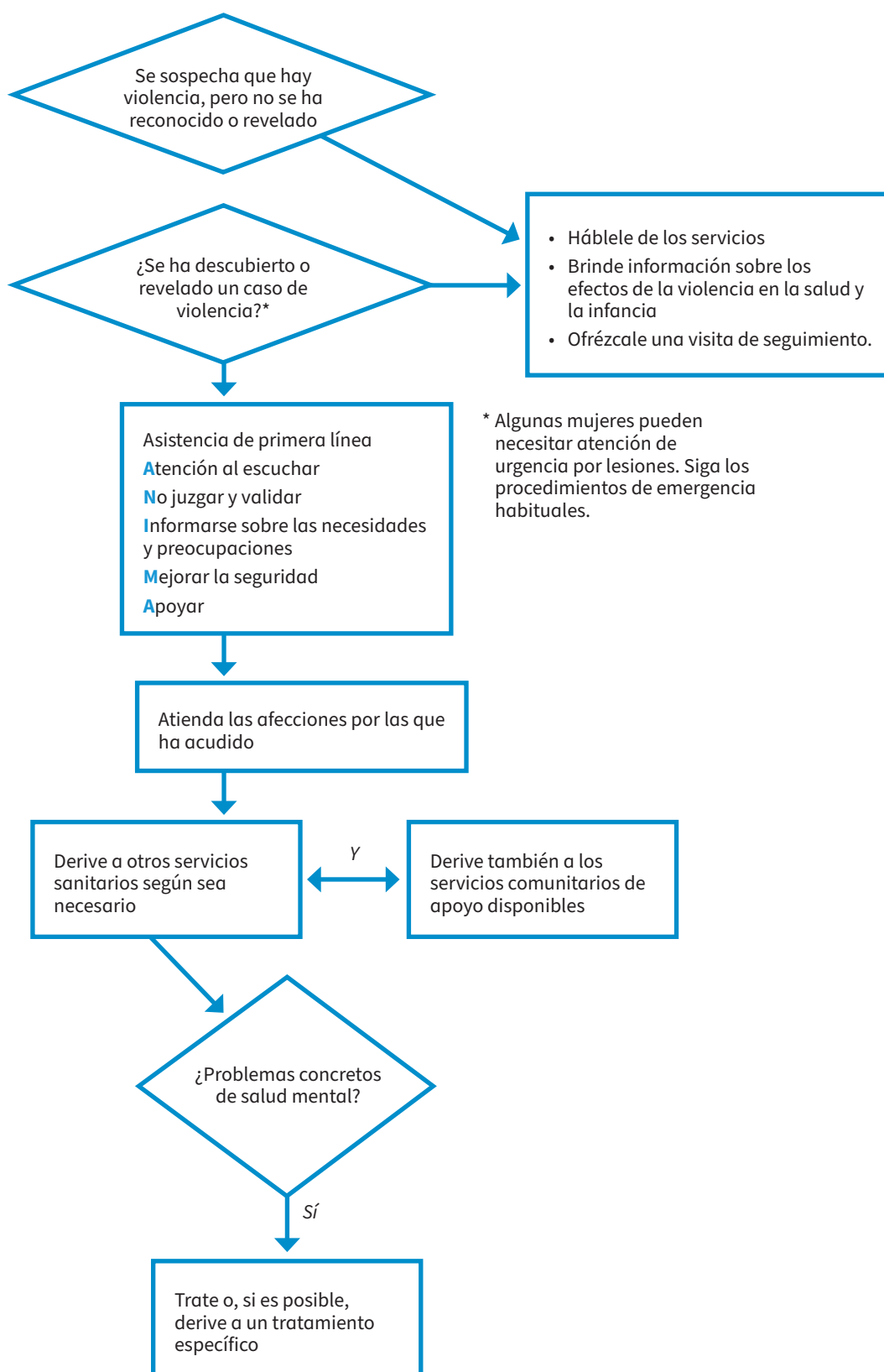
	Sí	No	Notas o detalles sobre las leyes, los reglamentos y las disposiciones normativas
Por ejemplo, ¿existen leyes o políticas que especifiquen u obliguen a prestar asistencia sanitaria a las personas sobrevivientes de violencia sexual o de pareja?			
¿Obligan las leyes o reglamentos a denunciar los casos particulares de agresión sexual, violación o violencia de género a la policía o a otras autoridades pertinentes (por ejemplo, servicios sociales y agentes de protección)?			
¿Existen leyes relativas a la edad de consentimiento sexual o al estupro que penalicen como violación las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes?  <i>En caso afirmativo, ¿qué edad se especifica?</i>  <i>¿A qué edad pueden dar su consentimiento informado los adolescentes? ¿O la ley no exige el consentimiento de los progenitores o cuidadores para acceder a la atención sanitaria en caso de agresión sexual o violación?</i>			
¿Está el personal sanitario autorizado para realizar exámenes forenses y testificar ante los tribunales en casos de agresión sexual o violación?  <i>En caso afirmativo, ¿qué trabajadores cuentan con esta autorización?</i>			

## Medida 3. Señale las disposiciones o enmiendas temporales aplicables en tiempos de emergencias humanitarias o crisis.

	Sí	No	Notas o detalles sobre las leyes, los reglamentos y las disposiciones normativas
¿Existen en la ley modificaciones de las disposiciones anteriores que se alteren o suspendan en tiempos de crisis humanitaria?  <i>En caso afirmativo, indique qué disposiciones se alteran, suspenden o introducen (por ejemplo, toques de queda, obligación de que las personas anden con documentos de identidad).</i>			



# Material de apoyo 6a. Flujograma de la atención a sobrevivientes de violencia de pareja



# Material de apoyo 6b. Preguntas de ejemplo sobre la violencia

**A continuación se presentan algunas preguntas generales que puede hacer para plantear el tema de la violencia antes de formular preguntas más específicas:**

- “¿Cómo es su relación?” o “¿Cuánta tensión hay en su relación?”
- “A veces las personas que nos importan nos hacen daño. ¿Le ha pasado a usted?”
- “¿Qué pasa cuando discuten? ¿Qué pasa cuando él se enfada? ¿Se ha sentido humillada o maltratada emocionalmente por su pareja?”
- “¿Qué es lo peor que le ha pasado en su relación?”

**A continuación, figuran algunas preguntas sencillas y directas que puede utilizar como punto de partida y que demuestran que usted tiene interés en escuchar a la mujer hablarle de sus problemas:**

- “¿Tiene miedo a su esposo (o a su pareja)?”
- “¿La ha amenazado alguna vez su esposo (o pareja) u otra persona en casa con hacerle daño o con lastimarla físicamente de alguna manera? Si es así, ¿cuándo ha ocurrido?”
- “¿Su esposo (o pareja) o alguien en casa la acosa o la insulta?”
- “¿Trata de controlar a su esposo (o pareja), por ejemplo, no le permite tener dinero o salir de casa?”
- “¿La ha forzado su esposo (o pareja) a mantener relaciones sexuales o la ha obligado a tener algún contacto sexual que usted no deseaba?”
- “¿Su esposo (o pareja) la ha amenazado con matarla?”

En función de las respuestas, siga haciéndole preguntas y escuchando su historia. Si responde “sí” a alguna de estas preguntas, ofrézcale asistencia de primera línea.

**Qué hacer si sospecha que puede haber una situación de violencia, pero la mujer no la revela:**

- No la presione. Hay que darle tiempo para que decida lo que quiere contarle.
- Háblele de los servicios que tiene a su disposición si decide utilizarlos.
- Brinde información sobre los efectos de la violencia en la salud de las mujeres y de sus hijos.
- Propóngale acudir a una consulta de seguimiento.

# Material de apoyo 6c. Preguntas frecuentes sobre la violencia de pareja

## ¿Por qué no ofrecer asesoramiento?

Lo importante para las mujeres es ser escuchadas y tener la oportunidad de contar su historia a una persona empática. La mayoría de las mujeres no quieren que les digan lo que tienen que hacer. De hecho, escuchar bien y responder con empatía es mucho más útil de lo que imagina. Puede que sea lo más importante que pueda hacer. Las mujeres tienen que encontrar su propio camino y tomar sus propias decisiones; hablar de ello puede ayudarlas a conseguirlo.

## ¿Cómo ha llegado a esta situación?

Es importante evitar culpar a la mujer de lo ocurrido. Culparla le impedirá ofrecerle una buena atención. La violencia nunca es conveniente en ninguna situación. No hay excusa ni justificación para la violencia o el abuso. El hecho de que una mujer haya hecho algo que haya enfadado a su pareja no significa que merezca que la lastimen.

## ¿Qué puedo hacer con tan pocos recursos y tan poco tiempo?

La asistencia de primera línea (ANIMA) constituye la mejor atención que puede ofrecerse. No exige necesariamente mucho tiempo y no requiere recursos adicionales. También puede informarse sobre los recursos que pueden ayudarla y que siguen funcionando dentro del sistema sanitario, así como a través de los grupos integrados de salud o protección o el grupo de trabajo sobre salud sexual y reproductiva, si se ha creado alguno.

## ¿Y si se pone a llorar?

Hay que darle tiempo para hacerlo. Pruebe a decir: "Sé que es difícil hablar de esto. Tómese su tiempo".

## ¿Y si sospecha que ha habido violencia, pero ella no lo reconoce?

No trate de obligarla a que lo reconozca (sus sospechas podrían no estar fundadas). Puede prestarle asistencia y seguir ofreciéndole ayuda.

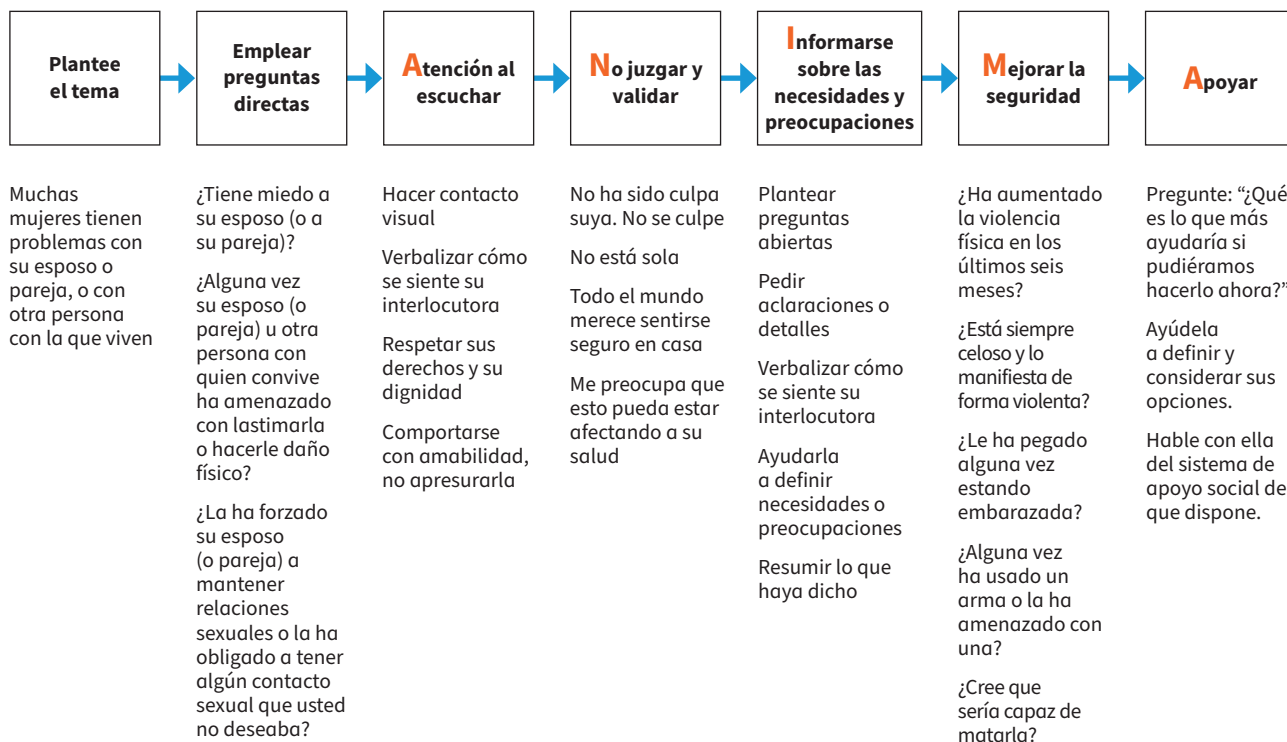
## ¿Y si quiere que hable con su esposo?

No es buena idea que asuma esta responsabilidad. Sin embargo, si la mujer considera que es seguro hacerlo y que no empeorará la violencia, puede ser útil que le hable alguien a quien él respete (tal vez un familiar, un amigo o un líder religioso). Advértale que, si no se hace con cuidado, podría provocar más violencia.

## ¿Y si la pareja también es uno de mis pacientes?

Es muy difícil seguir viendo a ambos miembros de la pareja cuando hay violencia y malos tratos en la relación. La mejor práctica consiste en intentar que un compañero de profesión vea a uno de ellos, garantizando al mismo tiempo la protección de la confidencialidad de la información revelada por la mujer. No ofrezca asesoramiento de pareja.

# Material de apoyo 7a. ANIMA en respuesta a la violencia de pareja: destrezas y vías de comunicación



Fuente: *Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>).

## Material de apoyo 7b. ANIMA + AA

El acrónimo ANIMA + AA (ANIMA para niños, adolescentes, y sus cuidadores) le recuerda estos elementos clave a la hora de prestar atención a los niños, niñas y adolescentes que se ha descubierto que han sufrido malos tratos. El enfoque ANIMA + AA puede aplicarse independientemente de si la revelación de la violencia la realizó el niño, la niña, el/la adolescente o el cuidador.

<b>A</b> tención al escuchar	Escuche atentamente al niño con empatía y sin juzgar, en un espacio privado.
<b>N</b> o juzgar y validar	Demuéstrele que usted le entiende y le cree, y que no tiene la culpa de lo sucedido.
<b>I</b> nformarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evalúe y responda a los deseos, necesidades, y preocupaciones emocionales, físicas, sociales y prácticas.
<b>M</b> ejorar la seguridad	Proteger al niño de más daños. Aumente su seguridad.
<b>A</b> poyar	Facilite el apoyo conectando a los niños, niñas y adolescentes con servicios de apoyo formales e informales.
<b>[Entorno] A</b> migable para niños, niñas y adolescentes	Establezca un entorno amigable para niños, niñas y adolescentes mediante al capacitar a los proveedores de servicios y mejorar la preparación del servicio para brindar atención centrada en el sobreviviente.
<b>A</b> poyo a los cuidadores	Brinde apoyo a los cuidadores no abusivos para apoyar al niño, niña o adolescente.

Fuente: *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-SA3.0 IGO.

# Material de apoyo 8a. Evaluación del riesgo para la seguridad de la violencia de pareja

Haber respondido afirmativamente (sí) a **al menos tres** de estas preguntas indica un alto riesgo inmediato de daños graves:

1. ¿Ha ido a más o se ha vuelto más grave la violencia en los últimos 6 meses?
2. ¿Alguna vez ha usado un arma o la ha amenazado con una?
3. ¿Alguna vez ha intentado estrangularla?
4. ¿Cree que sería capaz de matarla?
5. ¿Le ha pegado alguna vez estando embarazada?
6. ¿Está siempre celoso y lo manifiesta de forma violenta?

# Material de apoyo 8b. Herramienta de planificación de la seguridad

Como profesional sanitario, puede ayudar a las madres sobrevivientes a redactar un plan de seguridad para sí mismas y sus hijos. Pregúntele si es seguro que conserve el plan de seguridad escrito, ya que la sobreviviente puede correr el riesgo de sufrir más represalias si el agresor encuentra el plan.

Si la sobreviviente ha decidido dejar a su pareja, el plan de seguridad puede ayudarla a desarrollar un enfoque para hacerlo de forma que se reduzca al máximo el riesgo de daños para ella y sus hijos.

Herramienta de planificación de la seguridad		
Planificación de la seguridad		Notas del sobreviviente
<b>Un lugar seguro</b>	Si necesita salir de casa a toda prisa, ¿adónde podría ir?	
<b>Planificación para niños y niñas</b>	¿Iría sin nadie más o se llevaría a sus hijos?	
<b>Transporte</b>	¿Cómo llegaría hasta allí?	
<b>Artículos para llevar</b>	¿Necesita llevarse documentos, llaves, dinero, ropa u otras cosas cuando se vaya? ¿Qué es esencial?	
	¿Puede dejar los objetos reunidos en un lugar seguro o entregárselos a alguien por si tiene que marcharse rápidamente?	
<b>Cuestiones financieras</b>	¿Tiene dinero? ¿Dónde lo guarda? ¿Puede cogerlo en caso de emergencia?	
<b>Apoyo de alguien cercano</b>	¿Hay algún vecino al que pueda contarle sobre la violencia y que pueda llamar a la policía o acudir para ayudarla si oye ruidos de violencia procedentes de su casa?	
<b>Debatir cómo estar más segura en casa</b>	¿Existen técnicas para reducir los conflictos en casa que utilice o pueda utilizar?	
	Si no es posible evitar las discusiones acaloradas, ¿hay habitaciones o zonas de la casa en las que se sienta más o menos segura? Manténgase alejada de habitaciones con objetos que podrían utilizarse como armas, por ejemplo, cuchillos o palos.	

Planificación de la seguridad		Notas del sobreviviente
<b>Gestionar las conversaciones susceptibles de provocar violencia</b>	Los debates sobre anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual o el estado serológico con respecto al VIH pueden provocar una reacción violenta de la pareja. ¿Cómo podría mantener estas conversaciones de forma segura? (Por ejemplo, si busca un momento en el que ambos miembros de la pareja estén relajados; asegurándose de que los hijos estén ocupados o en otro lugar; en una habitación o lugar que pueda abandonar fácilmente si lo necesita; o previa petición a un profesional sanitario o a una persona de confianza que medie o esté presente o cerca para ayudar)	
<b>Proteger la información confidencial</b>	¿Existen elementos o información que pudieran provocar violencia si su pareja los encontrara (por ejemplo, teléfonos, mensajes de texto, correos electrónicos, archivos clínicos, medicamentos, recetas médicas o números de teléfonos de ayuda)?	
	¿Cómo podría guardarlos discretamente para que su pareja o hijos no accedan a ellos (por ejemplo, protegiendo las contraseñas, utilizando buenos escondites, guardando las cosas en casa de familiares, amigos o vecinos de confianza, fuera de casa, pero accesibles)?	

Adaptado de: *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico*. Ginebra: World Health Organization, 2014; and Herman, R. et al. *Integrating gender-based violence first line response into sexual and reproductive health services: an implementer's toolkit*. Pathfinder International; 2023 (<https://www.pathfinder.org/publications/integrating-gbv-first-line-response-into-srh-services/>)



# Material de apoyo 8c. Particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes: ANIMA + AA

## RECUERDE

- Haga que el niño o niña se sienta seguro. Empiece con preguntas neutras sobre un juguete, sus actividades favoritas, los amigos o el colegio.
- Los jóvenes pueden ser especialmente conscientes del sexo de su profesional sanitario. Procure ofrecer a los niños, niñas y adolescentes la posibilidad de elegir que los atienda un profesional de un determinado género.
- Preste atención a las palabras que emplee y utilice un vocabulario adecuado para la edad y la etapa de desarrollo del niño, niña o adolescente. Utilizar figurillas, muñecos o peluches puede facilitar que se den a conocer los acontecimientos jugando.
- Los niños pequeños pueden comunicarse mejor haciendo dibujos y describiéndolos después.
- Reafirme con frecuencia al niño o niña que no está en problemas y que no ha hecho nada malo.
- Incluya un adulto no abusivo en la evaluación de riesgos, la planificación de la seguridad y los vínculos con los servicios de apoyo social y de otro tipo.

# Material de apoyo 8d. Evaluar la capacidad de los y las adolescentes para tomar decisiones autónomas

Los siguientes derechos del niño deben equilibrarse a la hora de apoyar a los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de abusos sexuales: el interés superior del menor y el desarrollo de sus capacidades. En concreto, los adolescentes tienen derecho a:

- La seguridad física y emocional
- El respeto y protección de su intimidad y confidencialidad durante la atención sanitaria
- Información apropiada para su edad
- El consentimiento y asentimiento informados
- La autonomía, lo que incluye que se les ofrezca la posibilidad de tomar decisiones sobre su atención sanitaria
- Una atención no discriminatoria, independientemente de su sexo, etnia, identidad de género, orientación sexual y condición de discapacidad, entre otros aspectos
- La participación en la toma de decisiones, lo que incluye sobre la atención que reciben

Signos de capacidad	Nivel de impacto o riesgo	Notas del profesional sanitario para explicar la evaluación
<b>Analizar con el adolescente su situación</b>		
Si desean o no implicar a su familia, cuidador o cualquier tipo de pareja (por ejemplo, pareja de novios, cónyuge si están casados, pareja sexual).	Un riesgo alto puede ser una situación en la que no quieren implicar a nadie. Un riesgo bajo puede ser una situación en la que hay al menos otra persona a la que quieren involucrar.	
Si existen vulnerabilidades que les perjudican o puedan perjudicarles (por ejemplo, pensamientos suicidas, abuso de sustancias, angustia, enfermedad mental, conflictos o abandono en el hogar).	Un riesgo alto puede ser una situación en la que se den una o más de estas situaciones.	
¿De qué recursos disponen ya? (por ejemplo, apoyo familiar positivo, amistades, un adulto de confianza en su vida, asistencia a clase, participación en actividades escolares, sociales, comunitarias y deportivas).	Se da una calificación de alto nivel cuando disponen de más de uno de estos recursos.	
<b>Evaluar su capacidad de decisión</b>		
¿Son capaces de comprender su situación y sus opciones? Aquí se cuentan la información que se les facilita, el diagnóstico, las pruebas o exámenes que deben realizarse y el tratamiento que se les va a administrar	El alto nivel equivale a demostrar verbalmente que entienden lo que se les está explicando y también cómo les afectará a ellos, a su salud y a su vida.	

¿Son capaces de razonar sobre las distintas opciones o decisiones que hay que tomar?	El nivel alto equivale a tener la capacidad de comprender los diferentes tratamientos, investigaciones y acciones que deben emprender, así como de tomar decisiones basadas en los pros y contras (por ejemplo, de implicar a un cuidador con respecto a la agresión sexual frente a no implicarlo).	
¿Son capaces de apreciar los efectos de las distintas opciones en su situación y circunstancias personales?	El alto nivel equivale a tener la capacidad de demostrar que comprenden cómo las diferentes opciones se ajustan a sus situaciones y circunstancias personales o las afectarán (por ejemplo, el impacto de tomar anticonceptivos de emergencia frente a no hacerlo)	
¿Pueden expresar libremente su elección o decisión?	El alto nivel equivale a tener la capacidad de explicar su decisión a la luz de la información y el estudio de los pros y los contras.	

Para más información, véase:

[Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS.](#) Organización Mundial de la Salud; 2017.

[Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings: a tool for health-care providers. Web Annex. Algorithm for health-care providers.](#) Organización Mundial de la Salud; 2021.

# Material de apoyo 9a. Ejemplo de formulario de anamnesis y exploración en casos de agresión sexual

CONFIDENTIAL

CODE:

## Formulario de anamnesis y de exploración – Agresión sexual

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombres:		Apellidos:	
Dirección:			
Sexo:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):		Edad:
Fecha y hora de la exploración: /		En presencia de:	

En el caso de un menor, incluya el nombre del colegio y el nombre de los padres o tutor

### 2. DESCRIPCIÓN DE LA AGRESIÓN

Fecha en que se produjo la agresión:	Hora en que se produjo la agresión:			
Descripción de la agresión (por la persona sobreviviente)				
Violencia física	Sí	No	Describa el tipo de agresión y su ubicación en el cuerpo	
Tipo (golpes, mordiscos, tirones de pelo, etc.)				
Uso de medios coercitivos				
Uso de armas				
Uso de drogas o alcohol				
Penetration	Sí	No	No lo sabe	Describalo (oral, vaginal, anal, tipo de objeto)
Pene				
Dedo				
Otro (describir)				
	Sí	No	No lo sabe	Ubicación (oral, vaginal, anal, otra)
Se usó preservativo				
Condom used				

**Si el sobreviviente es un menor,** pregunte también: ¿Ha ocurrido esto antes? ¿Cuándo fue la primera vez? ¿Cuánto tiempo ha estado sucediendo? ¿Quién lo hizo? ¿Sigue siendo la persona una amenaza? Pregunte también si hay sangrado vaginal o rectal, dolor al caminar, disuria, dolor al defecar, indicios de secreciones, o cualquier otro signo o síntoma.

### 3. ANAMNESIS

Después de la agresión, la persona sobreviviente	Sí	No		Sí	No
Vomitó			Se enjuagó la boca		
Orinó			Se cambió de ropa		
Defecó			Se lavó o se bañó		
Se cepilló los dientes			Se puso un tampón o una toalla higiénica		
<b>Uso de anticonceptivos</b>					
Píldora			Preservativos		
Inyecciones			Esterilización		
Dispositivo intrauterino			Otros		
<b>Historia menstrual y ginecológica</b>					
¿Cuándo tuvo su última menstruación? (dd/mm/aa)			¿Estaba menstruando en el momento de la agresión?		
	Sí	No			
¿Podría estar embarazada?			Número de semanas de embarazo	.....semanas	
Historia ginecológica					
<b>Antecedentes de relaciones consentidas (solo si se han recogido muestras para el análisis de ADN)</b>					
Última relación sexual consentida máximo una semana antes de la agresión	Fecha (dd/mm/aa)	Nombre de la persona:			
<b>Otras afecciones</b>					
Indicios de mutilación genital femenina; tipo					
Alergias					
Medicación actual					
<b>Historial de vacunación</b>	<b>Vacunado</b>	<b>No vacunado</b>	<b>Se desconoce</b>	<b>Observaciones</b>	
Tétanos					
Hepatitis B					
<b>Estado serológico con relación al VIH/sida</b>	Conocido		Desconocido		

#### 4. EXAMEN MÉDICO

Apariencia (vestimenta, pelo, discapacidad física o mental evidente)			
Estado de ánimo (tranquila, llora, ansiosa, colaboradora, deprimida, ausente, otro)			
Peso:	Height:	Estadio puberal: Prepuberal <input type="checkbox"/> Puberal <input type="checkbox"/> Maduro <input type="checkbox"/>	
Pulso:	Presión arterial:	Frecuencia respiratoria:	Temperatura:
<b>Resultados físicos</b> Describa sistemáticamente y señale en los pictogramas del cuerpo (anexo 5) la ubicación exacta de todas las heridas, hematomas, petequias, marcas, etc. Documente el tipo, el tamaño, el color, la forma y otros detalles. La descripción debe ser lo más completa y precisa posible, pero no interprete las observaciones.			
Cabeza y cara		Boca y nariz	
Ojos, orejas y oídos		Cuello	
Tórax		Espalda	
Abdomen		Nalgas	
Brazos y manos		Piernas y pies	

#### 5. EXPLORACIÓN GENITAL Y ANAL

Vulva o escroto	Orificio vaginal	Ano
Vagina o pene	Cuello uterino	Exploración bimanual/rectovaginal
<b>Posición del paciente (supino, prono, genupectoral, lateral, en el regazo de su madre)</b>		
En la exploración genital:		En la exploración anal:

## 6. PRUEBAS REALIZADAS

Tipo y lugar	Obtención de la muestra/enviada al laboratorio	Resultados

## 7. PRUEBAS MÉDICO-FORENSES OBTENIDAS

Tipo y lugar	Enviados a... /almacenadas	Recogidas por/Fecha

## 8. TRATAMIENTOS PRESCRITOS

Tratamiento	Sí	No	Tipo y observaciones
Tratamiento de heridas			
Anticonceptivos de emergencia			
Prevención/tratamiento de infecciones de transmisión sexual			
Profilaxis posterior a la exposición contra el VIH			
Profilaxis contra el tétanos			
Vacunación contra la hepatitis B			
Otros			

## 9. ASESORAMIENTO, DERIVACIONES, SEGUIMIENTO

Estado psicológico general

	Sí	No
La persona sobreviviente tiene previsto denunciar la agresión a la policía o ya lo ha hecho		
La persona sobreviviente tiene un lugar seguro al que ir		
La persona sobreviviente cuenta con alguien que la acompañe		
Orientación prestada o intervención psicológica:		
Derivaciones: Gestión de casos/servicios psicosociales <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Servicios jurídicos <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
Seguimiento requerido:		
Fecha de la siguiente consulta:		
<b>Nombre del profesional sanitario que realiza el examen o la entrevista:</b>		
<b>Cargo:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

Fuente: OMS. 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>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Material de apoyo 10a. Listas de verificación de la exploración posterior a la violación

Preste atención a lo siguiente	Busque y documente lo siguiente
<b>Lista de comprobación para la exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto general</li> <li>• Manos y muñecas, antebrazos, superficies internas de los brazos y las axilas</li> <li>• Cara, incluida la cavidad bucal</li> <li>• Oídos y orejas, incluida la parte interior y detrás de las orejas</li> <li>• Cabeza</li> <li>• Cuello</li> <li>• Pecho, incluidos los senos</li> <li>• Abdomen</li> <li>• Nalgas, muslos, incluida la cara interna, piernas y pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado activo o reciente</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Eritemas o edemas</li> <li>• Cortes o abrasiones</li> <li>• Indicios de que le han arrancado el cabello o de pérdida reciente de dientes</li> <li>• Lesiones como marcas de mordeduras, arañazos o puñaladas o heridas de arma de fuego</li> <li>• Indicios de lesiones abdominales internas</li> <li>• Rotura del tímpano</li> </ul>
<b>Exploración genitoanal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genitales (externos)</li> <li>• Genitales (exploración interna con espéculo)</li> <li>• Zona anal (externa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado activo o reciente</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Eritemas o edemas</li> <li>• Cortes o abrasiones</li> <li>• Presencia de cuerpos extraños</li> </ul>

Fuente: *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. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



## Material de apoyo 10b. Lista de verificación de la documentación de lesiones

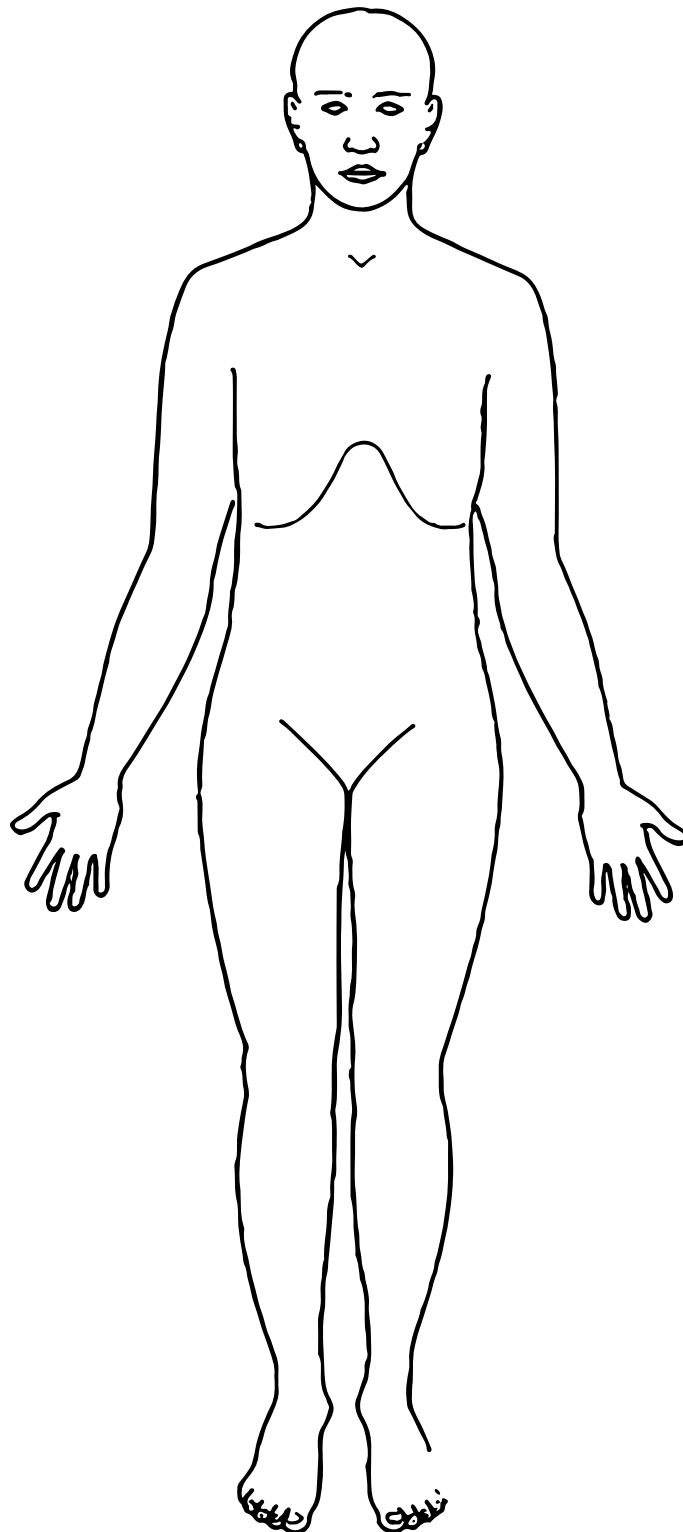
Característica	Notas
<b>Clasificación</b>	Tipo de herida clínica: excoriación, contusión, desgarro, disparo, herida incisiva, etc.
<b>Ubicación</b>	Posición anatómica y ubicación.
<b>Tamaño</b>	Medir y registrar las dimensiones (longitud, altura, anchura).
<b>Forma</b>	Describe la forma en términos geométricos (lineal, curva, irregular, semicircular, etc.).
<b>Alrededores</b>	Observar el estado de los tejidos circundantes o cercanos (por ejemplo, hematomas, hinchazón).
<b>Color</b>	Es especialmente relevante al describir hematomas, ya que puede indicar la antigüedad.
<b>Curso</b>	Comentar los indicios de dirección aparente de la fuerza aplicada (por ejemplo, en heridas de bala y excoriaciones).
<b>Contenido</b>	Señalar la presencia de cualquier material extraño en la herida (por ejemplo, hierba, vidrio, tierra, uñas)
<b>Antigüedad</b>	Mencionar cualquier indicio de curación. No intentar nunca estimar o registrar una antigüedad cuantitativa, ya que es imposible determinarla a partir de una exploración clínica, incluso por parte de profesionales especializados.
<b>Bordes</b>	Señalar las características de los bordes de la herida o heridas (por ejemplo, irregulares, angulosos, verticales)
<b>Profundidad</b>	Indicar la profundidad de la herida. Si no es posible cuantificarla, facilitar una estimación y señalar que se trata de una estimación.

Fuente: 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>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Material de apoyo 10c. Pictogramas para documentar las lesiones.

Derecha

Izquierda

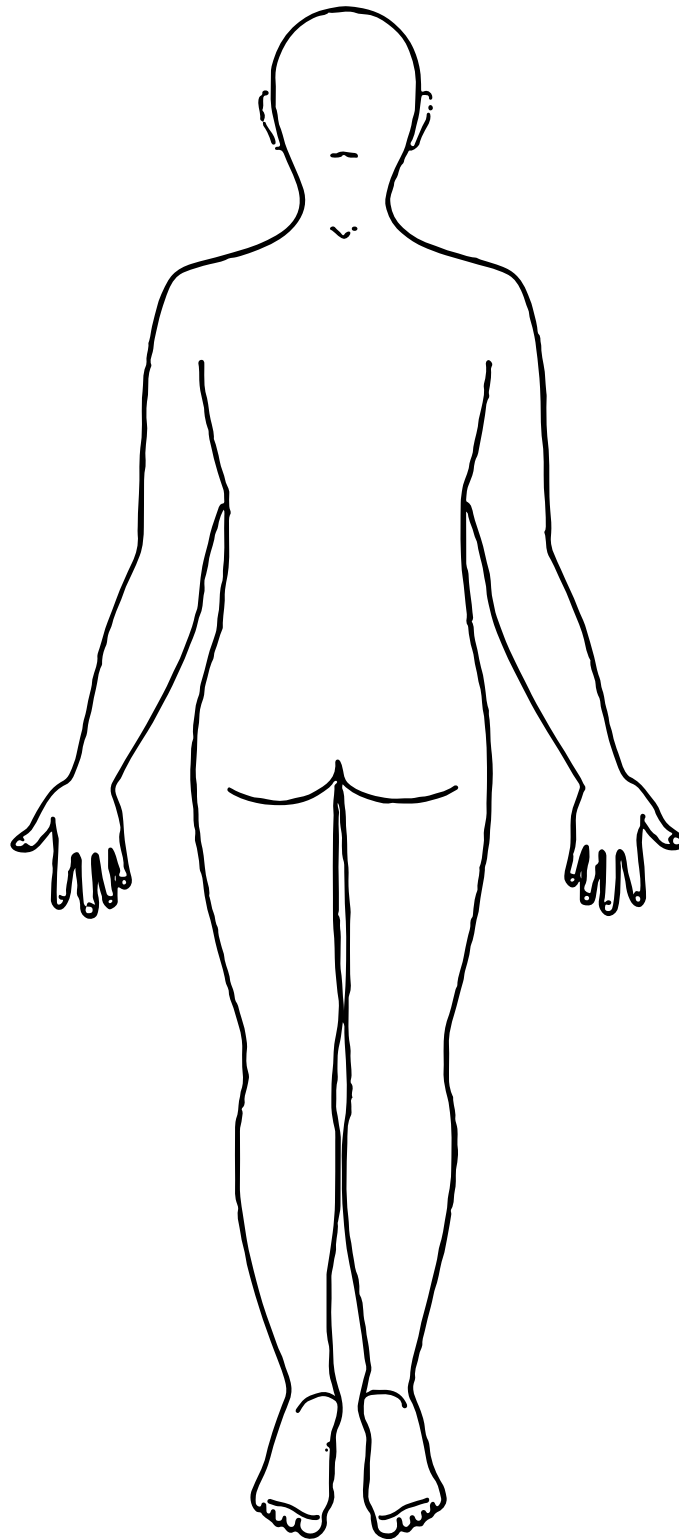


Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la exploración: \_\_\_\_\_

Proveedor que realiza la exploración: \_\_\_\_\_

**Izquierda**

**Derecha**

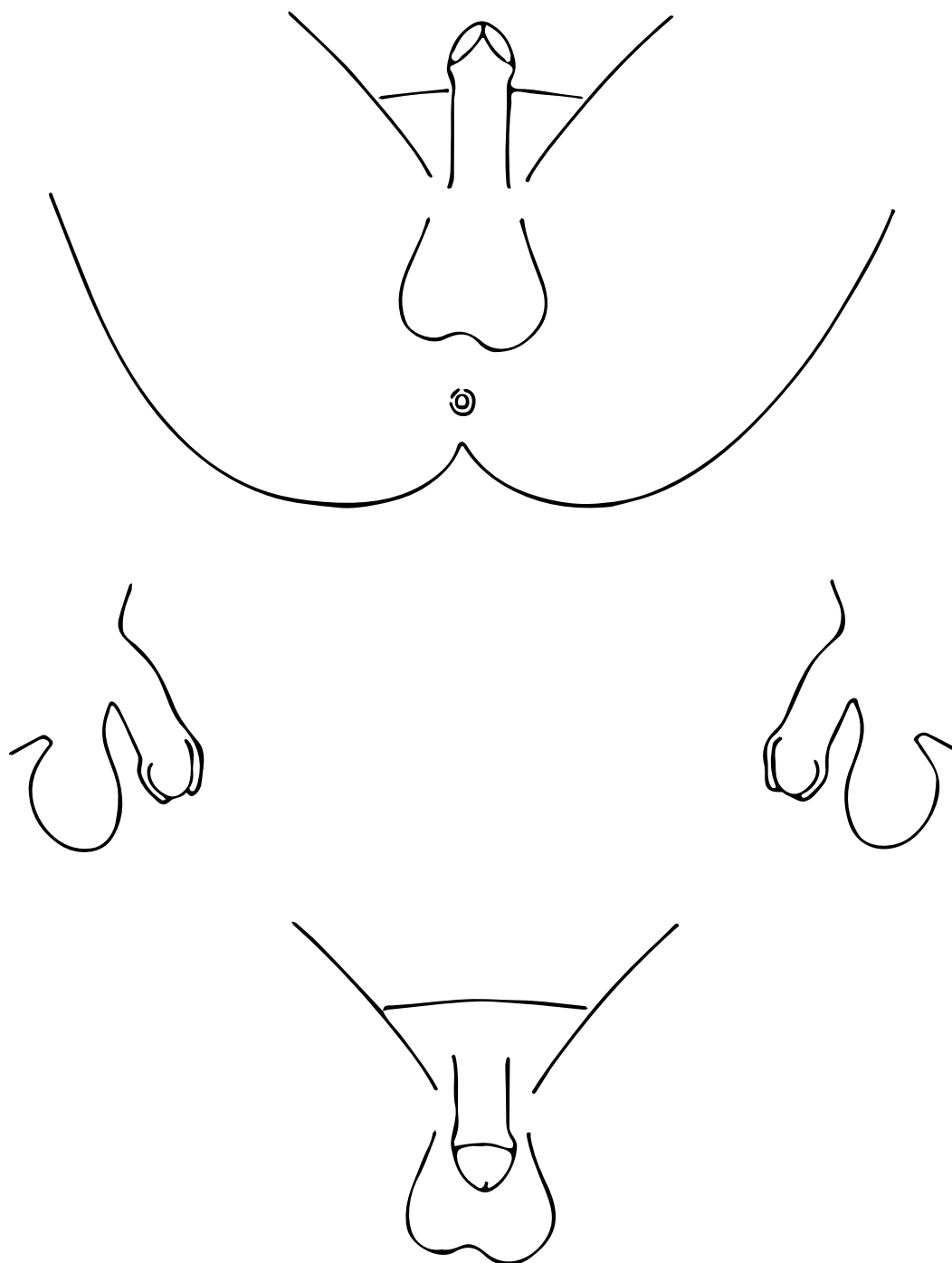


Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la exploración: \_\_\_\_\_

Proveedor que realiza la exploración: \_\_\_\_\_

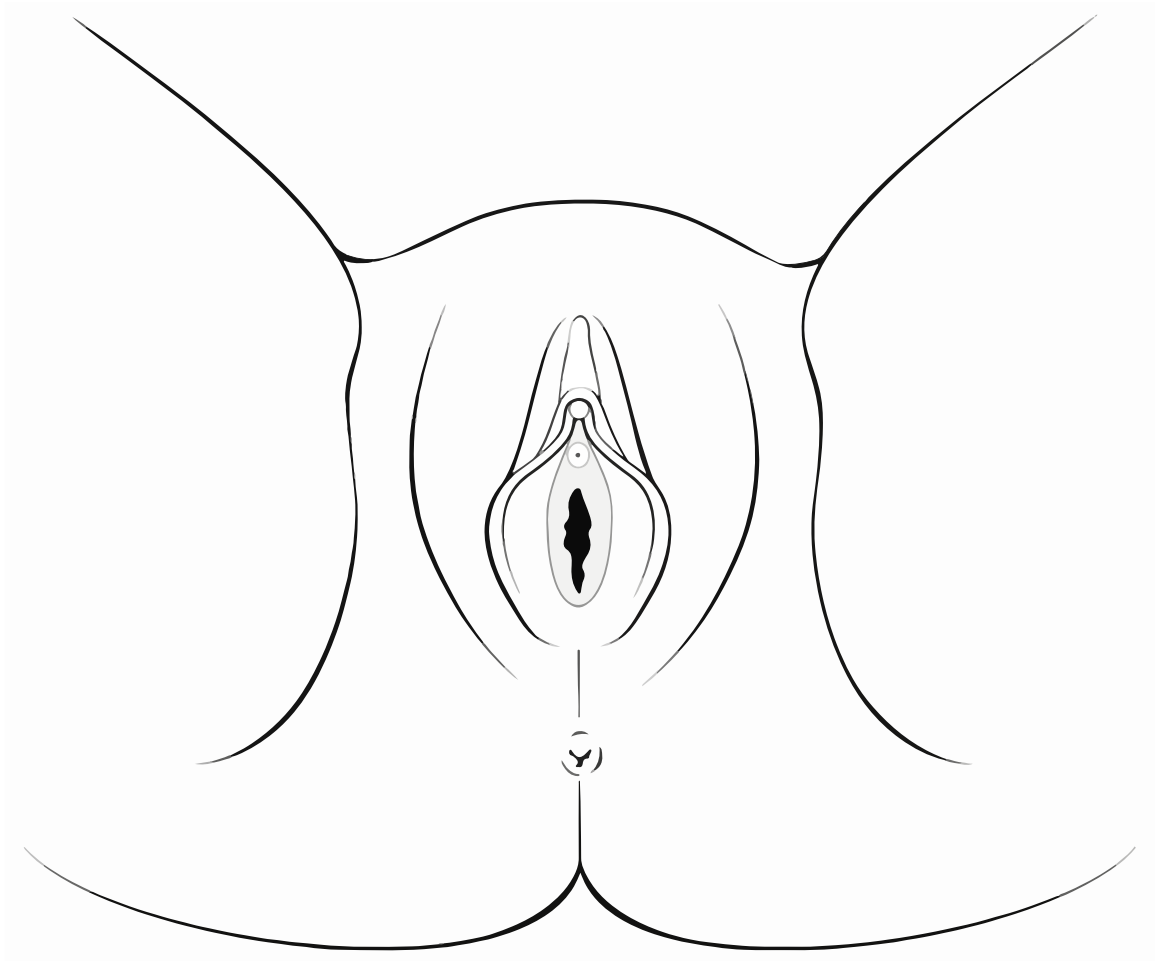
**Derecha**

**Izquierda**



Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la exploración: \_\_\_\_\_

Proveedor que realiza la exploración: \_\_\_\_\_



Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la exploración: \_\_\_\_\_

Proveedor que realiza la exploración: \_\_\_\_\_

## Material de apoyo 11a. Desarrollo puberal en mujeres según la escala de Tanner

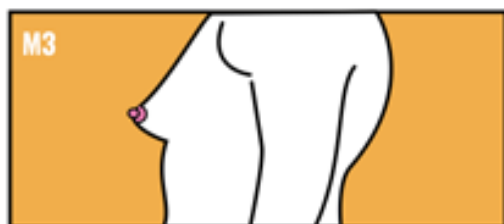
Nota: Al principio de la pubertad, las chicas que alcanzan el estadio 2 de Tanner o la telarquia (es decir, con inicio del desarrollo mamario secundario), o el estadio 3 de Tanner (es decir, incrementa el desarrollo mamario), pueden enfrentarse al riesgo de un embarazo no deseado como consecuencia de una agresión sexual o una violación, ya que es probable que estén ovulando incluso antes del inicio de la menstruación.



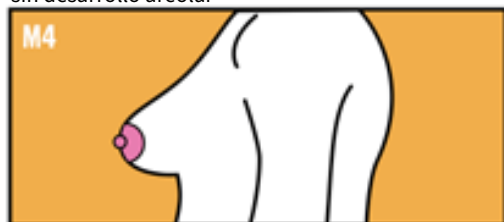
M1  
Prepuberal



M2  
Brote mamario



M3  
Tejido mamario palpable fuera de la areola, sin desarrollo areolar



M4  
Areola elevada por encima del contorno de la mama



M5  
Contorno adulto



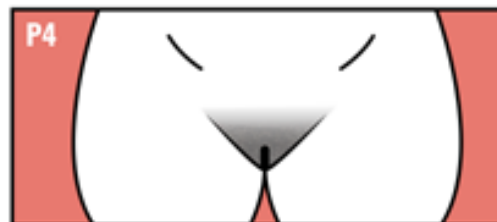
P1  
Prepuberal, sin vello púbico



P2  
Lanugo



P3  
Vello más oscuro y rizado



P4  
Vello rizado como en los adultos, sin presencia aún en los muslos



P5  
Vello adulto en cantidad y tipo, extendido a los muslos

Fuente: *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-SA3.0 IGO.

# Material de apoyo 11b. Profilaxis postexposición contra el VIH

A continuación, figuran algunos ejemplos de los protocolos de profilaxis postexposición (PPE) aplicados después de una violación para prevenir la infección por VIH. Esos ejemplos no detallan toda la asistencia que podría ser necesaria. Si su programa no contempla la aplicación de la PPE para la prevención de la infección por el VIH, derive a la persona sobreviviente cuanto antes (en las primeras 72 horas) a un centro donde se le pueda prestar este servicio.

- La PPE para la prevención de la infección por el VIH debe ofrecerse e iniciarse cuanto antes (preferiblemente en las primeras 72 horas) en cualquier persona que haya sufrido una agresión que pueda provocarle una infección por VIH.
- Aunque la pauta de PPE con dos fármacos antirretrovirales es efectiva, es preferible una pauta de triple terapia.
- El embarazo no es una contraindicación para la PPE. En mujeres embarazadas se recomienda utilizar la pauta de triple terapia. Si bien dolutegravir parece ser seguro en mujeres embarazadas, la administración de este fármaco durante el período periconcepcional ha sido puesta en tela de juicio por la posible aparición de defectos en el tubo neural. Ese riesgo debe sopesarse teniendo en cuenta la mayor eficacia y tolerabilidad de esa medicación. Efavirenz es una alternativa segura y efectiva para mujeres embarazadas, si bien sus efectos secundarios podrían afectar al cumplimiento del tratamiento.

Al elegir la pauta de PPE para la prevención de la infección por el VIH deben tenerse en cuenta los medicamentos antirretrovirales que ya forman parte de los programas nacionales de lucha contra el VIH. Más adelante figura el esquema recomendado por la OMS para PPE para la prevención de la infección por el VIH para adultos y adolescentes. Dolutegravir se recomienda como tercer fármaco de la PPE para la prevención de la infección por el VIH. Cuando están disponibles, atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden ser considerados como terceros fármacos alternativos.

PPE para adultos y adolescentes mayores de 10 años (más de 30 kg)			
Se recomienda una pauta de triple terapia	Dosis/comprimido	Dosificación	Duración
Lamivudina <sup>24</sup> + tenofovir		Un comprimido una vez al día	28 días
<b>Más</b>			
Dolutegravir <sup>25</sup>	50 mg	Un comprimido una vez al día	28 días

PPE para menores de 10 años (menos de 30 kg)															
Peso	Zidovudina y lamivudina <sup>26</sup>				Y	Lopinavir y ritonavir								O	Dolutegravir <sup>27</sup>
	Comprimido de 60 mg de zidovudina y 30 mg de lamivudina		Comprimido de 300 mg de zidovudina y 150 mg de lamivudina			Comprimido de 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir		Líquido por vía oral que contiene 80 mg/ml de lopinavir y 20 mg/ml de ritonavir			Gránulos (40 mg de lopinavir y 10 mg de ritonavir) <sup>28</sup>		Comprimido de 50 mg		
Kilos	a. m.	p. m.	a. m.	p. m.		a. m.	p. m.		a. m.	p. m.		a. m.	p. m.	Una vez al día	
3,0 a 5,9	1	1			y	NR*	NR*	o	1 ml	1 ml	o	2	2		
6,0 a 9,9	1,5	1,5			y	NR*	NR*	o	1,5 ml	1,5 ml	o	3	3		
10,0 a 13,9	2	2			y	2	1	o	2 ml	2 ml	o	4	4		
14,0 a 19,9	2,5	2,5			y	2	2	o			o	5	5		
20,0 a 24,9	3	3			y	2	2	o			o			o 1	
25,0 a 29,9			1	1	y	3	3	o			o			o 1	

<sup>a</sup> O emtricitabina.

<sup>b</sup> Dolutegravir se recomienda como tercer fármaco de la pauta de PPE para la prevención de la infección por el VIH. Cuando se dispone de atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden considerarse como terceros fármacos alternativos para la PPE.

<sup>c</sup> Abacavir combinado con lamivudina o tenofovir combinado con lamivudina son posibles alternativas.

<sup>d</sup> Dolutegravir se recomienda como tercer fármaco de la pauta de PPE para la prevención de la infección por el VIH. Cuando se dispone de atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden considerarse como terceros fármacos alternativos para la PPE. La dosis de 50 mg de dolutegravir puede administrarse una vez al día a partir de los 20 kg de peso.

<sup>e</sup> También puede administrarse lopinavir líquido combinado con ritonavir, aunque es preciso mantener la cadena de frío durante el transporte y el almacenamiento. El comprimido lopinavir/ritonavir de formulación termoestable debe tomarse entero y no debe partirse, masticarse, disolverse ni triturarse. Los comprimidos de 200 mg o 50 mg para adultos pueden administrarse a pacientes de entre 14,0 Kg y 24,9 kg (1 comprimido por la mañana y uno por la noche) y para pacientes de entre 25,0 kg y 34,9 kg (2 comprimidos por la mañana y 1 comprimido por la noche). La presentación de lopinavir/ritonavir en gránulos no debe administrarse a lactantes de menos de 3 meses. Si desea más información sobre la administración de lopinavir/ritonavir consulte: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193543/FactsheetIATT\\_WHO\\_UNICEF\\_lopinavir\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193543/FactsheetIATT_WHO_UNICEF_lopinavir_eng.pdf). Aunque la experiencia en el uso de lopinavir/ritonavir es aún escasa, el uso de esta formulación está aprobado a partir de las 2 semanas de edad.

# Material de apoyo 12a. Técnicas para reducir el estrés

## Técnica de respiración lenta

- 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.
- Suelte lentamente todo el aire por la boca, sintiendo cómo se aplana el abdomen. 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

- 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



# Material de apoyo 12b. Cuadro para evaluar si existe un trastorno depresivo moderado o grave

Si la persona sobreviviente experimenta alguna de estas afecciones, proporciónale apoyo psicosocial básico y derivela a un especialista para que reciba más atención.

## La presencia de un trastorno depresivo moderado a grave es probable si se dan las situaciones A, B y C durante al menos dos semanas

### A. La persona sobreviviente presenta al menos uno de los siguientes síntomas principales:

- ánimo decaído persistente (en el caso de niños y adolescentes: irritabilidad o ánimo decaído)
- pérdida del interés y la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente le resultaban entretenidas

### B. La persona sobreviviente ha desarrollado varios de los siguientes síntomas adicionales de un trastorno depresivo en un grado alto o presenta muchos de ellos en menor grado:

- trastornos del sueño o demasiado sueño
- alteración importante del apetito o del peso (pérdida o aumento)
- sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva
- fatiga o pérdida de energía
- disminución de la capacidad para concentrarse y mantener la atención en tareas concretas
- indecisión
- agitación evidente o intranquilidad física
- lentitud anormal al hablar o al moverse
- desesperanza con respecto al futuro
- pensamientos o actos suicidas

### C. La persona sobreviviente experimenta grandes dificultades para desenvolverse en cualquiera de los siguientes ámbitos de su vida cotidiana:

- personal, familiar, social, educativo/escolar, profesional/laboral, del hogar/doméstico u otros ámbitos (pregunte sobre cada uno de esas distintas esferas y actividades)

## Si es probable que padezca un trastorno depresivo moderado a grave:

- Descarte y trate cualquier trastorno físico que pueda asemejarse a un trastorno depresivo (anemia, desnutrición, hipotiroidismo, ictus y efectos secundarios de medicamentos, como las fluctuaciones del estado de ánimo asociadas con los con los corticoesteroides)
- Descarte y trate otras enfermedades mentales (p. ej., consumo de alcohol y de drogas)
- Descarte la presencia de antecedentes de episodios maníacos acompañados de síntomas como:
  - » euforia (sensación de felicidad intensa o irritabilidad)
  - » disminución de la necesidad de dormir
  - » pensamientos descontrolados, hiperactividad, rapidez al hablar
  - » comportamiento impulsivo o temerario (p. ej., tomar decisiones importantes sin meditarlas bien, gastar excesivamente)
  - » aumento exagerado de la autoestima

*Si la persona sobreviviente ha experimentado esos síntomas durante al menos una semana, y le impiden desenvolverse adecuadamente en su vida cotidiana, o si existen antecedentes de hospitalizaciones o confinamiento a causa de esos síntomas, consulte a un especialista.*

- Descarte las reacciones normales ante la violencia o una gran pérdida (p. ej., duelo por el fallecimiento de un ser querido, desplazamiento). Es probable que se trate de una respuesta normal si:
  - » se produce una mejora manifiesta con el tiempo sin necesidad de intervención clínica
  - » no hay antecedentes de trastorno depresivo moderado a grave o de episodios maníacos
  - » los síntomas no dificultan gravemente el funcionamiento normal de la persona sobreviviente en su vida cotidiana

# Material de apoyo 12c. Cuadro para evaluar si existe un trastorno de estrés postraumático (TEPT)

## La presencia de TEPT es probable si se dan las situaciones A, B, C y D aproximadamente un mes tras la agresión

- A. Síntomas de rememoración:** Recuerdos repetidos e indeseados sobre la agresión en los que la persona sobreviviente revive los hechos como si estuvieran pasando en el presente (p. ej., pesadillas, escenas del pasado o recuerdos involuntarios, acompañados de temor intenso o pánico).
- B. Síntomas de evitación:** Eludir intencionalmente los pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que evoquen la agresión (p. ej., la persona sobreviviente evita hablar de temas que le recuerden los hechos o regresar a los lugares donde sucedieron).
- C. Sensación exagerada de amenaza permanente:** Preocupación y alerta excesivas ante un posible peligro o reacción exagerada ante ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., la persona sobreviviente se muestra asustadiza o se sobresalta con facilidad).
- D. Serias dificultades para llevar adelante su vida cotidiana** en los ámbitos familiar, social, educativo/escolar, profesional/laboral, del hogar/doméstico, entre otras importantes esferas de su vida.

## Si es probable que la persona sobreviviente presente un trastorno de estrés postraumático:

- Descarte y trate las enfermedades físicas que puedan ser sintomáticas del TEPT (p. ej., los síntomas físicos asociados con la angustia como las palpitaciones, la cefalea, los trastornos gástricos o el insomnio).
- Descarte y trate otros trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias (p.ej., trastorno depresivo moderado a grave, pensamientos suicidas o problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas).
- Descarte las reacciones típicas ante la violencia. Es probable que se trate de una respuesta normal si la persona sobreviviente experimenta una mejora considerable con el tiempo sin necesidad de intervención clínica, y los síntomas no dificultan gravemente su funcionamiento normal en la vida cotidiana.

**Nota:** Inmediatamente después de una experiencia traumática como una agresión sexual, la mayoría de sobrevivientes experimentan estrés psicológico. En muchos casos, este se manifiesta en reacciones transitorias que no requieren manejo clínico. No obstante, la persistencia de una serie de síntomas específicos y característicos (rememoración, evitación y sensación exagerada de amenaza permanente) durante más de un mes tras la agresión podría indicar que la persona sobreviviente ha desarrollado un trastorno de estrés postraumático.

# Material de apoyo 15a. Consejos para el examen forense y la recogida de pruebas

El examen forense es, por su propia naturaleza, largo, molesto, posiblemente traumatizante para la persona sobreviviente y a menudo difícil. Como parte del consentimiento informado, se deben dar explicaciones detalladas sobre el procedimiento. La empatía, la escucha, la observación de las señales no verbales del paciente y el respeto de sus decisiones de continuar o no son las piedras angulares de un enfoque centrado en las personas sobrevivientes. Lo ideal sería que el examen forense y la exploración física se realizaran al mismo tiempo, junto con la prestación de atención médica. Si bien puede que documentar las lesiones y recopilar las pruebas forenses constituyan una parte de las competencias del personal sanitario, no le corresponde a este determinar si se ha producido una agresión sexual. En su lugar, el profesional sanitario debe describir objetivamente sus observaciones y explicaciones plausibles (por ejemplo, la presencia de semen en la vagina concuerda con una relación sexual, o los hematomas en la muñeca concuerdan con el uso de ataduras).

- Solo el personal sanitario que haya recibido una formación específica y tenga el mandato expreso debe llevar a cabo exámenes forenses completos.
- Si un profesional sanitario no está capacitado o no tiene potestad para realizar un examen forense, aun así puede cumplimentar la historia clínica, los antecedentes del incidente, realizar una exploración física completa y proporcionar tratamiento y cuidados.
- Solo deben reunirse pruebas forenses que puedan recogerse, almacenarse, analizarse y utilizarse, y únicamente con el pleno consentimiento informado de la persona sobreviviente (véase la lista que figura a continuación sobre los períodos de validez de las pruebas tras una agresión). Es necesario que una persona técnica experta lleve a cabo el análisis de pruebas forenses en un laboratorio especializado para ello, lo cual no está disponible en muchos contextos.
- El relato de la agresión debe dictar si se recogen muestras forenses y de qué tipo. En caso de duda, es preferible tomar dichas muestras.
- La persistencia del material biológico es variable y se verá afectada por el tiempo (véase el recuadro siguiente), las actividades (por ejemplo, lavarse o bañarse) y la contaminación procedente de otras fuentes.
- En todos los casos se requiere un etiquetado, almacenamiento y registro de la cadena de custodia cuidadosos.
- Las muestras no deben colocarse en medios de cultivo y han de estar secas antes de embalarse.
- La persona sobreviviente debe recibir una explicación detallada de los resultados y de su tratamiento y seguimiento. También se expedirá un certificado de medicina legal.

## Muestras forenses y plazo máximo de recogida

- Piel, incluidas las marcas de mordeduras: 72 horas
- Boca: 12 horas
- Vagina: hasta 5 días
- Ano: 48 horas
- Materiales extraños en objetos (por ejemplo, preservativo, ropa, fragmentos de cuerda, uñas): sin límite de tiempo
- Orina (toxicología), 50 ml: hasta 5 días
- Sangre (toxicología), 2 muestras de 5 ml: hasta 48 horas en tubos con fluoruro de sodio y oxalato de potasio
- Pelo (el pelo del cuero cabelludo puede ser útil si se sospecha de la administración encubierta de fármacos)
- La ropa (especialmente la ropa interior) debe recogerse si es necesario
- Las fotografías son un complemento útil de la documentación de lesiones, pero solo deben tomarse con consentimiento y respetando la intimidad, la sensibilidad y la confidencialidad
- Si la agresión sexual da lugar a un embarazo, debe sopesarse la recogida de muestras de cara a las pruebas de paternidad
- La violencia sexual debe tenerse en cuenta en un examen de autopsia. La documentación y la recogida de muestras deben tenerse en cuenta en esos casos.

Fuentes: OMS y 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>).

Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y 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>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Material de apoyo 16a. Plan de acción posterior a la capacitación

<b>Actividad</b>	<b>Resultado deseado</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>	<b>Problemas o aspectos que han de tenerse presentes</b>
¿Qué actividades serán necesarias para alcanzar el objetivo?	¿A qué conducirá cada actividad?	Espacio, equipo, material, fondos, recursos humanos	Persona u organización	Fecha de inicio	Fecha límite	
<b>Ejemplo (Objetivo 1): Adquirir confianza para mantener el contacto visual durante la historia clínica sin dejar de realizar registros precisos y detallados</b>						
Practicar ANIMA	Mejora de la satisfacción y la aceptación de las personas sobrevivientes	Ficha de bolsillo del modelo ANIMA	El propio profesional sanitario	Inmediatamente	En curso	Dificultad para reservar tiempo para hablar de seguridad y llevar a cabo la facilitación
Encontrar a un profesional sanitario o a un consejero que pueda ayudar a evaluar la seguridad, planificar y facilitar el apoyo social	Dedicar tiempo a centrarse en escuchar, indagar sobre las necesidades y ofrecer validación, y asegurarse de que la persona sobreviviente reciba todos los aspectos de la intervención de asistencia de primera línea (ANIMA)	Personal extra para dividir la realización de algunos aspectos de ANIMA	El propio profesional sanitario (con el apoyo del supervisor)	Solicitud inicial antes de X fecha	Compañero que proporcionará la formación	Actualmente, solo hay un miembro del personal en horario nocturno Organizar una teleconsulta para los pacientes que lleguen fuera del horario de apertura

<b>Objetivo 2:</b>			
<b>Objetivo 3:</b>			
<b>Objetivo 4:</b>			

**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](mailto:srhavp@who.int)

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

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