

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2018

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y
ATENCIÓN DE LA
VIOLENCIA CONTRA LAS
MUJERES DE 12 A 59 AÑOS DE
EDAD CON ÉNFASIS EN LA
VIOLENCIA SEXUAL

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-SS-294-18

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Secretaría de Salud**. “Derechos Reservados”. Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual**. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-294-18/ER.pdf>

Actualización: **parcial**.

ISBN en trámite

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2018

COORDINACIÓN

Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido	Medicina general	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)	Coordinadora de GPC	
----------------------------------	------------------	--	---------------------	--

AUTORÍA

Mtra. Norma América López Muñoz	Ginecología y obstetricia Urología ginecológica	Secretaría de la Defensa Nacional	Jefa de la oficina de calidad normatividad y seguridad del paciente del centro hospitalario del Estado Mayor Presidencial	Colegio Mexicano de Ginecología Obstetricia
Dr. Roberto Aguli Ruíz Rosas	Ginecología y obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Jefe de división de atención ginecoobstétrica y perinatal	
Mtra. Úrsula Carolina Sánchez Solano	Maestría en Administración Pública	IMSS	Jefa de división de transversalización de igualdad	
Lic. Samantha Medina Araujo	Licenciatura en Derecho	Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Jefa de servicios del centro de estudios y de apoyo para la mujer	
Mtro. Gerardo García Ruíz	Maestría en Salud Pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)	Supervisor médico en área normativa	
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Doctorado en Psicología de la Salud	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	Adscrita a la dirección médica	
Lic. Gabriela Alexandra Ortega Fernández	Sociología	CNEGSR	Prestadora de servicios del programa de prevención y atención de la violencia familiar y de genero	
Mtro. Ricardo Viguri Uribe	Maestría en Investigación de Servicios de Salud	CNEGSR	Médico especialista adscrito a la dirección de violencia intrafamiliar	

VALIDACIÓN

Protocolo de búsqueda

Lic. María Isabel Carrillo Montiel	Bibliotecología	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER)	Encargada del área de publicaciones periódicas y recursos electrónicos	
------------------------------------	-----------------	---	--	--

Guía de Práctica Clínica

Mtra. Norma Angélica San José Rodríguez	Maestría en terapia familiar Psicología Social	CNEGSR	Directora de Género y Salud	
Dra. Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez	Doctorado en Ciencias Sociales	Tecnológico de Monterrey	Profesora de cátedra	

REVISIÓN

Dra. Diana Yazmín Ramírez García	Rehabilitación	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)		
----------------------------------	----------------	--	--	--

Índice

1.	Aspectos Generales	5
1.1.	Metodología.....	5
1.1.1.	<i>Clasificación</i>	5
1.2.	Actualización del año 2010 al 2018.....	6
1.3.	Introducción.....	7
1.4.	Justificación.....	9
1.5.	Objetivos.....	11
1.6.	Preguntas clínicas.....	12
2.	Evidencias y Recomendaciones	13
2.1.	Promoción a la salud.....	14
2.2.	Detección.....	19
2.3.	Tratamiento.....	23
3.	Anexos	45
3.1	Diagramas de flujo.....	45
3.1.1	<i>Algoritmos</i>	45
3.2	Listado de Recursos.....	53
3.2.1	<i>Tabla de Medicamentos</i>	53
3.3	Protocolo de Búsqueda.....	58
3.4	Escalas de Gradación.....	61
	Nivel de evidencia	62
3.5	Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave	69
3	Glosario	70
4	Bibliografía	78
5	Agradecimientos	80
6	Comité Académico	81
7	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	82
8	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	83

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

CATÁLOGO MAESTRO: GPC-SS-294-18	
Profesionales de la salud	Ginecología y obstetricia, urología ginecológica, licenciatura en derecho, psicología, sociología
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: Y05 agresión sexual con fuerza corporal. Y059 agresión sexual con fuerza corporal: lugar no especificado. Y06 negligencia y abandono. Y069 negligencia y abandono por persona no especificada. Y07 otros síndromes de maltrato a Y079 otros síndromes de maltrato por persona no especificada. Y09 agresión por medios no especificados a Y099 agresión por medios no especificados: lugar no especificado
Categoría de GPC	primero, segundo y tercer niveles de atención
Usuarios potenciales	Médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, odontólogos, proveedores de servicios de salud, psicólogos/profesionistas de la conducta no médicos, técnicos en enfermería, trabajadores sociales, enfermeras generales, enfermeras especializadas, estudiantes
Tipo de organización desarrolladora	Secretaría de Salud, Gobierno Federal Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Secretaría de la Defensa Nacional
Población blanco	Mujeres de 12 a 59 años
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Secretaría de Salud, Gobierno Federal Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Secretaría de la Defensa Nacional
Intervenciones y actividades consideradas	Detección, consejería, referencia, atención psicológica, atención médica, procedimientos obstétricos, exámenes de laboratorio y gabinete, detección, atención médica, prevención de la violencia, promoción de la equidad de género, asistencia psicológica, capacitación, programas de cuidado al personal que trabaja con las víctimas, sistema de registro, normas y protocolos, coordinación intersectorial e interdisciplinaria
Impacto esperado en salud	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la mortalidad por violencia sexual y de pareja en mujeres de 12 a 59 años Detección oportuna de casos de violencia sexual y de pareja en mujeres de 12 a 59 años Disminuir la incidencia de embarazos forzados asociados a violación sexual
Metodología¹	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación, verificación y revisión Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: Junio/2018 Número de fuentes documentales utilizadas: 1 fuentes vigentes de la guía original, de 2010 a 2018 y 27 fuentes utilizadas en la actualización, de enero 2010 especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 7 Revisiones sistemáticas: 2 Ensayos clínicos: 0 Pruebas diagnósticas: 0 Estudios observacionales: 0 Otras fuentes seleccionadas: 18
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda. INER Validación de la GPC por pares clínicos. CNEGSR, TEC de Monterrey
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Año de publicación de la actualización: 2018. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la integración de esta guía se puede consultar la siguiente liga: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/herramientas_desarrollo_GPC.html.

1.2. Actualización del año 2010 al 2018

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:

- Título desactualizado:

Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual en el primer y segundo nivel de atención

- Título actualizado:

Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual

2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:

- **Promoción de la salud**
- **Prevención**
- **Diagnóstico**
- **Tratamiento**

1.3. Introducción

La violencia es un fenómeno multidimensional que se inscribe en dinámicas sociales, producidas y reproducidas a través de roles, reproducción de estereotipos o discursos introyectados culturalmente sobre lo que implica ser hombre o mujer (INEGI, 2016).

Los términos, **violencia basada en género** y **violencia contra las mujeres**, son usados muchas veces de modo indistinto. El término **violencia basada en género**, se refiere a aquella dirigida contra una persona en razón del género que él o ella tiene, así como de las expectativas sobre el rol que él o ella deba cumplir en una sociedad o cultura. Para fines de esta guía el concepto de **violencia contra las mujeres**, forma parte de la violencia basada en género, ya que pone de relieve el estado de subordinación femenina en la sociedad y su creciente vulnerabilidad respecto a la violencia. Sin embargo, tanto hombres como niños pueden ser víctimas de la violencia basada en el género, especialmente de la violencia sexual. La violencia de género más extendida es la violencia que se ejerce contra las mujeres, y la violencia doméstica o de pareja es la más generalizada en todo el mundo (ONU Mujeres, 2013).

La violencia puede tener muchas formas, puede ser grave o leve dependiendo el tipo de heridas generadas, o puede ser sutil y no dejar heridas físicas. La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia clasifica la violencia en psicológica, física, patrimonial, económica y sexual; y considera diferentes modalidades de la violencia como pueden ser en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la comunidad y en las instituciones (LGAMVLV, 2007).

La OMS estima, que a nivel mundial alrededor de una de cada tres mujeres (35%) en el mundo han sufrido violencia física o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. El 30% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Por último, el 38% de los asesinatos de mujeres en el mundo son cometidos por su pareja masculina (OMS, 2017).

En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, muestra que de los 46 500 000 de mujeres de 15 años de edad y más que residen en el país, 30 700 000 de ellas (66.1%) han padecido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación en los espacios escolar, laboral, comunitario, familiar o en su relación de pareja. La relación donde ocurre con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es en la pareja (hogar, matrimonio o noviazgo) y la prevalencia nacional de violencia de pareja a lo largo de la relación actual o última es de 43.9%. En estas relaciones, el principal agresor es o ha sido el esposo, con los siguientes tipos de violencia:

- 49% de las mujeres sufrió violencia emocional
- 29% violencia económica– patrimonial o discriminación
- 34% física
- 41.3% sexual a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor

(ENDIREH, 2016)

La ONU Mujeres considera que la inequidad de género y la discriminación son las causas raíces de la violencia contra la mujer, influenciada por desequilibrios históricos y estructurales de poder entre mujeres y hombres existentes en varios grados a lo largo de todas las comunidades en el mundo. La violencia contra la mujer y las niñas está relacionada tanto a su falta de poder y control, como a las normas sociales que prescriben los roles de hombres y mujeres en la sociedad los cuales en algunos casos validan la violencia (ONU Mujeres, 2013).

La violencia contra la mujer tiene serias consecuencias, pueden ser duraderas y de amplio alcance, con fuerte impacto en la salud reproductiva (traumatismo ginecológico, embarazos no deseados, aborto inseguro, disfunción sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS) y fístula traumática, entre otras), en la salud mental (trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, dificultades del sueño, síntomas somáticos, agresividad con el entorno, comportamiento suicida y trastorno de pánico) y a nivel conductual comportamientos de alto riesgo (relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples parejas sexuales, abuso del alcohol y otras drogas y riesgo de sufrir violencia sexual posteriormente). Las consecuencias incluyen también los resultados mortales como suicidio, complicaciones en el embarazo, aborto inseguro, sida, asesinato por la violación o en defensa del “honor”, e infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación (OMS/OPS, 2013).

1.4. Justificación

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

En materia de legislación el gobierno ha impulsado distintas leyes, como la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que se publicó en agosto de 2006, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en febrero de 2007, posteriormente la Ley General de Víctimas, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013.

Al ser considerada la violencia un problema de salud pública en México, a partir del 2002 se pone en marcha el programa específico para prevenir y atender el problema de la violencia, desde un enfoque de salud pública, con ello se dio cumplimiento a lo establecido en la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud, Criterios para la atención médica de la violencia familiar que posteriormente fue modificada para quedar como NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada en en Diario Oficial de la Federación en el año 2009.

Para la aplicación de esta norma se cuenta con el Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, el cual se centra en la prevención y la promoción del derecho a una vida libre de violencia en todas las unidades de salud; así como la detección oportuna de casos, la evaluación del riesgo y su referencia a servicios especializados. Cabe señalar que en el año 2016 en materia de interrupción voluntaria del embarazo se realizó la modificación de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la NOM-046-SSA2-2005 con la finalidad de alinear y dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Víctimas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS), la violencia contra las mujeres, incluyendo la violencia sexual y la ejercida por su pareja, es una violación de derechos humanos con importantes implicaciones a la salud pública. Por ello, es importante definir acciones que permitan detectar oportunamente la violencia, fortaleciendo la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia, en particular contra las mujeres y contra las niñas y niños en lo general.

Esta guía busca ser útil para propiciar una actuación homogénea y coordinada del sector salud, que apoye las políticas públicas para erradicar la violencia. Una respuesta insuficiente de las instituciones públicas involucradas, en particular del personal de salud, puede constituir un acto de victimización secundaria y perpetuación del fenómeno. Los criterios de perspectiva de género, eficacia, oportunidad, confidencialidad, buen trato y eficiencia son imprescindibles en la atención de la violencia contra las mujeres.

La función del sector salud consiste en reforzar la prevención primaria de la violencia, así como la capacidad de los servicios de salud para identificar tempranamente a las sobrevivientes de malos tratos y abuso, así como proporcionar a las mujeres una atención sensible y apropiada. El sector salud también debe contribuir a la mejora de la evidencia científica sobre la naturaleza de la violencia contra las mujeres, con inclusión de la magnitud, las consecuencias y los factores de riesgo y de protección.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Prevención, detección y atención de la violencia sexual y contra las mujeres de 12 a 59 años, con énfasis en violencia sexual** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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

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

- **Prevenir la violencia contra las mujeres con énfasis en la violencia sexual**
- **Detectar, diagnosticar y tratar la violencia contra las mujeres con énfasis en la violencia sexual**
- **Referir los casos de violencia contra las mujeres con énfasis en la violencia sexual, al nivel de atención que corresponda u otras instituciones y organizaciones que brinden los servicios necesarios para la atención integral**
- **Capacitar al personal de salud encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento a mujeres en algún tipo de violencia con énfasis en la violencia sexual**
- **Brindar orientación y consejería a las mujeres que se encuentren involucradas en casos de algún tipo de violencia con énfasis en la violencia sexual**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6. Preguntas clínicas

1. ¿Cuáles son las acciones preventivas para disminuir la incidencia de la violencia contra las mujeres y contra la violencia sexual?
2. ¿Cuáles son las intervenciones para la prevención primaria de la violencia contra las mujeres y contra la violencia sexual?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia contra las mujeres y con la violencia sexual?
4. ¿Cuáles son los criterios para realizar el diagnóstico de violencia contra las mujeres y de la violencia sexual?
5. ¿Aplicar cuestionarios a mujeres que presentan factores de riesgo de violencia favorece la detección temprana y la atención oportuna?
6. ¿Cuáles son las acciones de primer contacto y especializadas para iniciar el tratamiento médico o quirúrgico y la atención por equipo multidisciplinario en la violencia contra las mujeres y la violencia sexual?
7. ¿Qué medidas psicoterapéuticas se deben aplicar a las mujeres con diagnóstico de violencia para reducir los daños a su salud?
8. ¿La capacitación del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de la violencia contra las mujeres incrementa la detección oportuna?
9. ¿Qué capacitación debe tener el personal de salud para prevenir y diagnosticar la violencia contra las mujeres y la violencia sexual?

2. Evidencias y Recomendaciones

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

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron las escalas: **GRADE, NICE, SIGN, SIPVAEVA, GPCSMS, RACGP, NHMRC, FIGO y MRHMC.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia



Recomendación



Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>En un estudio de serie de casos realizado por Delahaye en 2003, se evaluó la utilidad del ultrasonido prenatal para el diagnóstico temprano de craneosinostosis en fetos con factores de riesgo, determinado por la disminución del espacio de las suturas craneales; se documentó una sensibilidad de 100% y especificidad de 97% para el ultrasonido.</p>	<p>MUY BAJA GRADE <i>Delahaye S, 2003</i></p>

2.1. Promoción a la salud

Pregunta 1 ¿Cuáles son las acciones preventivas para disminuir la incidencia de la violencia contra las mujeres y la violencia sexual?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	Entre los factores que pueden disminuir o amortiguar el riesgo de violencia se encuentra la capacidad de las mujeres de reconocer el riesgo de violencia sexual.	4 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i>
	Abordar los factores de riesgo de la esfera social puede aumentar la probabilidad de obtener disminución exitosa y sostenible de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	En materia de prevención de la violencia, es de vital importancia profundizar en el mecanismo por el cual las normas en asuntos de género, la desigualdad y la inequidad se relacionan con la violencia de pareja y con la violencia sexual, para ello se requiere comprender de que forma estos elementos actúan como factores de riesgo o de protección relacionados a la violencia en los diferentes contextos socioculturales.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Es fundamental que la población cuente con conocimiento sobre los derechos de las mujeres respecto a las responsabilidades y obligaciones en el hogar, y del trato (libre de violencia) que deben recibir por parte de su pareja.	3 SING <i>OPS, 2011</i>
	Se recomienda realizar actividades de sensibilización, así como publicar y difundir sobre los derechos de las mujeres entre la población general, como parte fundamental para su reconocimiento en la sociedad.	C SING <i>ENDIREH, 2011</i>
	<p>El programa Ciudades y Espacios Públicos Seguros para Mujeres y Niñas promovido por la ONU Mujeres, se ha comprometido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular y aplicar leyes y políticas para prevenir y responder a la violencia sexual en el espacio público, así como garantizar la adjudicación de recursos necesarios para su efectiva implementación • Invertir en infraestructuras que mejoren la seguridad de los espacios públicos y fomenten el desarrollo económico y el empoderamiento de las mujeres • Modificar actitudes y comportamientos para promover el derecho de las mujeres y las niñas a disfrutar de espacios públicos libres de violencia 	3 SING <i>ENDIREH, 2011</i>

	<p>Se debe exhibir con claridad en áreas de espera y en otros lugares que se consideren apropiados, información sobre el apoyo que se ofrece en la institución de salud a personas afectadas por la violencia de pareja. Lo anterior incluye contactos y líneas de ayuda a nivel local y nacional, con información accesible para grupos vulnerables.</p>	<p>D NICE <i>NICE, 2014</i></p>
	<p>En las salas de espera y otros lugares accesibles, se debe contar con información disponible (folletos), donde se brinde apoyo.</p> <p>Este material puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de contacto de líneas telefónicas de emergencia, local y nacional, que brinden apoyo al tema de violencia • Información sobre grupos terapéuticos o psicoeducativos dirigidos a las personas que les resulte más difícil revelar que están experimentando violencia • También pueden tener versiones en braille y de audio • Considerar el uso de fuente o tamaño de letra extra grande 	<p>D NICE <i>NICE, 2014</i></p>
	<p>Es importante contar en las áreas de urgencias con información disponible en formato escrito sobre los servicios de atención de la violencia contra las mujeres y de la violencia sexual. Para ayudar a detectar la violencia deben de haber posters o carteles en las salas de espera y folletos en los baños de mujeres.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Pese a que se han implementado políticas y programas para erradicar la violencia hacia las mujeres, ésta persiste por cuestiones socioculturales y porque no se sanciona legalmente.</p>	<p>3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i></p>
	<p>El desconocimiento por parte de las mujeres sobre las leyes que las protegen o sobre los actos violentos que son “normalizados” o no reconocidos por ellas mismas como tal, las limita a denunciar y a que los actos sean juzgados por la autoridad.</p>	<p>3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i></p>
	<p>La invisibilidad de la violencia es un problema interiorizado en la sociedad que limita, por un lado a que las mujeres la reconozcan como tal, y por otro a que la autoridad aplique la ley.</p>	<p>3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i></p>
	<p>Es recomendable promover en las nuevas generaciones la cultura de equidad entre hombres y mujeres, así como la de respeto en el marco de los derechos humanos, con el objetivo de construir roles de género y estereotipos que fomenten la discriminación y la desigualdad.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	Se sugiere al profesional de la salud indagar sobre posibles conductas de violencia, ante la mínima sospecha de cualquier situación que pudiera evidenciar violencia y orientarla hacia las instituciones competentes para su atención.	Punto de buena práctica
	Ante la falta de sensibilidad para reconocer las conductas violentas hacia las mujeres, es importante y necesario desarrollar programas de prevención en los diferentes sectores de la población y en el sistema educativo, que incluyan los signos de alerta de una relación violenta, así como las medidas que deben tomarse.	Punto de buena práctica

Pregunta 2 ¿Cuáles son las intervenciones para la prevención primaria de la violencia contra las mujeres y la violencia sexual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Son escasas las pruebas científicas de la eficacia de las estrategias de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual; la gran mayoría de los datos proviene de los países de altos ingresos, principalmente los Estados Unidos de América.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Un análisis sistemático examinó 69 programas educativos dirigidos a los estudiantes universitarios sobre la agresión sexual, encontrando pocos datos con base en evidencia científica a favor de la eficacia de estos programas en la prevención de agresión sexual; sin embargo se observó un aumento en los conocimientos objetivos acerca de la violación y el cambio favorable en las actitudes relacionadas con dicha problemática.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Las intervenciones encaminadas a reducir la desigualdad de género en la comunidad o de forma individual, pueden contribuir a disminuir la violencia contra las mujeres y la violencia sexual.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Es importante continuar con los programas de prevención de la violencia y perfeccionar los que están produciendo datos científicos; así como elaborar y poner a prueba las estrategias que parecen tener buenas perspectivas, a fin de aplicarlas especialmente en los entornos de escasos recursos, con una evaluación rigurosa de su eficacia. Al mismo tiempo es de máxima prioridad incorporar evaluaciones bien diseñadas que aporten resultados a los escasos programas de prevención primaria.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>

	<p>Las intervenciones psicológicas (que buscan mejorar los resultados cognitivos, afectivos y conductuales) dirigidas a los menores de edad y a los adolescentes que han sido víctimas de maltrato infantil o han estado expuestos a la violencia de pareja, parecen representar una estrategia de prevención de violencia. Algunas de estas intervenciones han dado como resultado el disminuir la probabilidad de cometer maltrato físico o psicológico o ser víctima de violencia.</p>	<p>4 SIGN <i>OPS, 2011</i></p>
	<p>Promover programas de psicoeducación en los diferentes niveles de prevención, que brinden a los padres estrategias saludables de crianza, puede contribuir a disminuir las réplicas de modelos de crianza con base en la violencia o en el maltrato. Es importante implementar intervenciones que ayuden a construir los roles y estereotipos de género en niñas y niños para prevenir la violencia contra las mujeres.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los esfuerzos de la prevención primaria deben dirigirse a los grupos de edad más joven, como son: fomentar las aptitudes sociales y emocionales en la escuela, a través de programas de capacitación basados en modelos cognitivos y conductuales, así como de programas de desarrollo social que aborden factores como la impulsividad, la falta de empatía y la deficiente competencia social en los menores de edad y en los adolescentes jóvenes.</p> <p>Estos programas deben estar encaminados a promover el comportamiento social y proveer aptitudes sociales y afectivas como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas • Manejo de la ira • Capacidad de empatía • Resolución de los conflictos sin violencia <p>Existen pruebas fehacientes sobre estos programas que indican que pueden ser eficaces en reducir la violencia juvenil y potenciar las aptitudes sociales.</p>	<p>4 SIGN <i>OPS, 2011</i></p>
	<p>Se ha demostrado que los programas de prevención de la violencia en el noviazgo, cuyo blanco es promover la sexualidad responsable, previenen la violencia en el noviazgo y la violencia sexual, especialmente en ámbitos donde se llega al matrimonio a partir de los 20 años de edad. Además, se ha encontrado que la violencia en el noviazgo parece ser un factor de riesgo de violencia de pareja en etapas posteriores de la vida.</p>	<p>4 SIGN <i>OPS, 2011</i></p>

	<p>El modelo ecológico de la violencia ofrece el marco teórico para comprender la interacción compleja de todos los factores que influyen en la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, con ello se brinda puntos clave para la prevención e intervención.</p>	<p>4 SIGN OPS, 2011</p>
	<p>Aplicar el modelo ecológico contribuye a propiciar la formulación de políticas y programas intersectoriales de prevención, al destacar los vínculos y las interacciones que existen entre las diferentes esferas y factores.</p>	<p>D SIGN OPS, 2011</p>
	<p>Es necesario analizar los espacios donde las mujeres han estado rezagadas a pesar de que han ocurrido cambios en las costumbres o tradiciones de hombres y mujeres, todavía estas prácticas continúan reforzando desde distintos ámbitos los roles tradicionales.</p>	<p>D SING ENDIREH, 2011</p>
	<p>Es recomendable habilitar en los centros de atención para las mujeres víctimas de violencia, un módulo de información y un salón de usos múltiples abierto a la comunidad, en los que se difunda información sobre derechos humanos de las mujeres y temas relacionados con prevención de la violencia.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Mantener en silencio la violencia, obedece a preceptos sociales, estructuras tradicionales y al desconocimiento de derechos, por ello muchas mujeres no denuncian y podrían llevarse su secreto hasta la muerte.</p>	<p>3 SIGN ENDIREH, 2011</p>
	<p>En un análisis sistemático de estudios que examinaron la presencia de maltrato infantil y de la violencia de pareja, se encontró que ocurren a la par. En la mayoría de estos casos, el ser testigo de violencia infligida por la pareja parecía preceder al maltrato infantil ulterior por parte de los miembros de la familia.</p>	<p>4 SIGN OPS, 2011</p>
	<p>Es recomendable informar sobre los daños que la violencia genera en las mujeres y en las víctimas secundarias (hijos e hijas), a fin de crear conciencia y promover que las mujeres violentadas pidan ayuda.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

2.2. Detección

Pregunta 3 ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia contra las mujeres y a la violencia sexual?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	Algunos estudios han revelado que las hijas y los hijos de las mujeres maltratadas presentan tasas inferiores de vacunación, tasas más altas de enfermedad diarreica y tienen mayor probabilidad de morir antes de los cinco años de edad.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	En México, a nivel federal de acuerdo a la ENDIREH 2011, el 32% de las mujeres que reportaron vivir violencia, tanto ellas como sus cónyuges provenían de familias en las que hubo violencia, en contraste con aquellas que reportaron que en ninguna de las dos familias de origen habían vivido violencia (17.2%).	3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i>
	El análisis de varios estudios, indica que el ser testigo de la violencia de pareja puede alterar el desarrollo normal de los menores de edad en la familia. Un metanálisis concluyó que la exposición de los menores de edad a la violencia entre los padres, se correlaciona en forma significativa con problemas de los menores de edad en las esferas del funcionamiento social, psíquico, conductual, cognitivo y de la salud en general.	4 SIGN <i>OPS, 2013</i>
	Los hombres que creen que es aceptable golpear a sus esposas, tienen un riesgo dos veces mayor de cometer violencia contra la pareja, este riesgo incrementa en la medida en que aumenta la aceptación de la violencia.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	La estructura social, todavía desalienta o impide la denuncia de hechos violentos ocurridos dentro de la relación de pareja; el 10.1% de las mujeres casadas o unidas violentadas no denuncian, por sus hijos o porque su familia las convenció de no hacerlo.	3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i>
	La exposición previa al maltrato puede propiciar el hecho de ser víctima en el futuro, pues modifica la actitud de una mujer hacia la violencia, disminuye su capacidad de reconocer el riesgo, reduce su autoestima, aumenta la culpa, la vergüenza, la humillación y disminuye su autoafirmación sexual.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Diversos estudios revelan que la violencia hacia la mujer y la violencia sexual atraviesan todos los grupos socioeconómicos, las mujeres que viven en situación de pobreza son afectadas de manera desproporcionada; esto obliga a que muchas mujeres y niñas acepten ocupaciones que conllevan un riesgo relativamente alto de violencia sexual, como el trabajo sexual.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>

E	Los estudios han encontrado que los hombres con bajo nivel de educación cometen con mayor frecuencia actos de violencia de pareja que los hombres con más educación.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
E	Los hombres que presentan dependencia al consumo del alcohol tienen una probabilidad de 1.6 a 4.8 veces mayor de ejercer violencia contra la pareja.	4 SIGN <i>OPS, 2011</i>
E	El personal de salud debe conocer las situaciones y condiciones básicas que pueden aumentar el riesgo de violencia en este tipo de casos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Trámites de separación • Embarazo • Iniciar una nueva relación • Cita en los juzgados • Falta de red de apoyo 	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
R	El personal de salud debe saber que existe relación entre los hombres que ejercen violencia y el abuso de sustancias.	B RACGP <i>RACGP, 2014</i>
R	El personal médico durante la consulta debe indagar en las pacientes que muestren indicadores clínicos, físicos y psicológicos, si viven o han vivido violencia de pareja. (Algoritmo 1)	B RACGP <i>RACGP, 2014</i>

Pregunta 4 ¿Cuáles son los criterios para realizar el diagnóstico de violencia contra las mujeres y de violencia sexual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Cuando existen indicadores de violencia de pareja es importante que el personal médico hable con la usuaria del tema de violencia. (Algoritmo 1)	Alta GRADE <i>OMS, 2013</i>
E	Es necesario preguntar a las mujeres que acuden a los servicios de salud sobre la violencia de pareja para detectarla precozmente, evitando con ello la revictimización, iatrogenia y cronicidad. (Algoritmo 1)	C SIPVAEVA <i>Moyer V, 2013</i>

	<p>Se recomienda que el personal de salud pregunte sobre la exposición a la violencia cuando aparezcan algunos de los siguientes indicadores, los cuales pueden ser causados o complicarse cuando exista violencia de pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de depresión y ansiedad • Trastorno por estrés postraumático (TEPT) • Trastornos del sueño • Lesiones autoinfligidas e intento suicida • Consumo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas • Dolores crónicos (idiopáticos) • Síntomas digestivos crónicos idiopáticos • Síntomas genitourinarios idiopáticos, incluidas las infecciones urinarias o renales frecuentes • Afecciones inesperadas y perjudiciales relacionadas con el sistema sexual y reproductivo como resultado de la violencia, incluidos múltiples embarazos no intencionales o abortos, retraso de la atención al embarazo y nacimientos con resultados adversos • Síntomas reproductivos idiopáticos, incluidos el dolor pelviano y la disfunción sexual • Hemorragias vaginales reiteradas e infecciones de transmisión sexual (ITS) • Lesiones traumáticas, en particular si son reiteradas y la mujer proporciona explicaciones vagas o inverosímiles al respecto • Problemas relacionados con el sistema nervioso central, por ejemplo, cefaleas, problemas cognoscitivos, hipoacusia • Consultas reiteradas por problemas de salud sin diagnóstico claro • Intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas <p style="text-align: right;">(Algoritmo 1)</p>	<p style="text-align: center;">Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i></p>
	<p>El personal de salud debe indagar si viven violencia otros miembros de la familia o personas en situación de vulnerabilidad que cohabiten con la familia, con el fin de documentar la presencia de violencia o negligencia.</p>	<p style="text-align: center;">C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i></p>

Pregunta 5 ¿Aplicar cuestionarios a mujeres que presentan factores de riesgo de violencia favorece la detección temprana y la atención oportuna?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	No hay pruebas suficientes para optar por el tamizaje universal de violencia familiar a todas las mujeres, pero el personal de salud debe estar preparado para realizar preguntas directas y simples si existe alguna sospecha clínica.	II MRHMC RCOGE, 2014
	Existe suficiente evidencia que avala que los instrumentos de tamizaje, pueden identificar la violencia de pareja actual o previa, y el incremento en el riesgo de violencia. Algunos instrumentos de tamizaje tienen altos niveles de sensibilidad y especificidad para detectar violencia, se deberá elegir el que mejor se adapte al contexto.	B SIPVAEVA Moyer V, 2013
	La OMS recomienda que el personal profesional de la salud no realice tamizaje universal de violencia, es decir, de manera indiscriminada a toda la población.	Baja GRADE OMS, 2013
	El personal de salud puede realizar algunas preguntas que detonen el tema de violencia durante la consulta médica lo cual ayudará a identificar si una mujer está viviendo violencia. (Cuadro 1)	Punto de buena práctica
	El personal de salud debe identificar los factores de riesgo y los indicadores de violencia, para posteriormente aplicar el instrumento de detección y la entrevista dirigida para detectar violencia. (Cuadro 1)	Punto de buena práctica

2.3. Tratamiento

2.3.1. Elementos generales de la atención

Pregunta 6. ¿Cuáles son las acciones de primer contacto y especializadas para iniciar el tratamiento médico o quirúrgico y la atención por el equipo multidisciplinario en la violencia contra las mujeres y la violencia sexual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Cuando ya se estableció el diagnóstico de violencia, es importante que el personal de salud le dé a la mujer un mensaje sobre sus preocupaciones y de que ninguna mujer merece ser maltratada.	B GPCSMS GPCSMS, 2010
	La probabilidad de sufrir de violencia sexual esta en relación con las creencias arraigadas en la comunidad sobre la superioridad masculina y el derecho de los hombres en materia sexual, además de la tolerancia general de la comunidad a la violencia sexual y con el grado de rigor de las sanciones contra los agresores, cuando se cuenta con penas para estos actos.	4 SIGN OPS, 2011
	La violencia infligida por la pareja perjudica la salud física y mental de las mujeres y de sus hijos; las que han sufrido violencia de pareja comunican con mayor frecuencia una deficiente o muy mala salud, sufrimiento psíquico e intento suicida; sus hijos tienden a presentar una salud precaria y un bajo grado de instrucción. La violencia infligida por la pareja durante el embarazo aumenta la probabilidad de aborto provocado o espontáneo, de mortinatos, partos prematuros y con bajo peso al nacer.	4 SIGN OPS, 2011
	El personal de la salud debe ser consciente de que las personas con discapacidad, especialmente de tipo intelectual, tienen mayor riesgo de vivir con violencia física, sexual o de pareja, que las personas sin discapacidad.	I RACGP RACGP, 2014
	En los casos particulares de las mujeres migrantes y refugiadas, se debe brindar asistencia y apoyo sensible y con perspectiva de interculturalidad, lo cual ayuda a empoderar a las mujeres para que realicen cambios positivos en sus vidas. Idealmente, estos servicios deben ser concordantes con el idioma.	D RACGP RACGP, 2014
	Es importante implementar acciones sistemáticas para garantizar que la atención se brinde con perspectiva de interculturalidad e interseccionalidad.	C RACGP RACGP, 2014

	<p>El personal debe brindar atención con calidez y empatía, buscando que la víctima de violencia se sienta segura, así como tomar en cuenta que al interrogarle, si ha vivido violencia sexual, pueda sentir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza • Culpa • Temor a represalias o abandono por parte de los perpetradores 	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La atención a las mujeres que sufren cualquier tipo de violencia, incluyendo la sexual, debe ser integral en la medida de lo posible, dentro de los servicios de salud existentes, en lugar de brindarse como un servicio independiente.</p>	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>A las mujeres que manifiestan cualquier forma de violencia por su pareja, de otro miembro de la familia o de la sociedad, se les debe ofrecer apoyo inmediato.</p> <p>Quienes proveen la atención médica deben ofrecer como primera línea de manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que la consulta se realice en privado • Mantener una actitud libre de prejuicios que apoye y valide lo que la mujer esté expresando • Prestar atención y apoyo inmediato en respuesta a las inquietudes de la mujer, sin revictimizar • Indagar acerca de los antecedentes de la violencia, escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable (se requiere cierta prudencia al abordar temas delicados en presencia de intérpretes) • Facilitar el acceso de la mujer a información sobre recursos, incluidos los servicios legales y de otro tipo que ella pudiera considerar de utilidad • Ayudar a la mujer a aumentar su seguridad y la de sus hijos • Brindar o promover (las redes de apoyo) y el apoyo social necesario • Si el proveedor de servicios de salud no puede prestar apoyo de primera línea, debe procurar que otra persona esté disponible para hacerlo de manera inmediata en la unidad de salud o en otro sitio de fácil acceso • Preservar la confidencialidad, pero informar a la mujer de los límites de la confidencialidad, por ejemplo en caso de notificación obligatoria (realizar el aviso del caso de violencia a las instancias de procuración de justicia) <p style="text-align: right;">(Algoritmo 1)</p>	<p>Alta GRADE OMS, 2013</p>

	<p>El personal de salud debe proporcionar atención de primer contacto a las mujeres que viven violencia: escuchar e indagar sobre sus necesidades, validar su discurso, garantizarles seguridad y brindarles apoyo.</p> <p style="text-align: right;">(Algoritmo 2)</p>	<p style="text-align: center;">C RACGP RACGP, 2014</p>
	<p>El personal de salud debe exponer la importancia de hablar sobre violencia con cualquier persona, sin importar dónde viva, cuando observe indicios de que pudiera estar viviendo violencia.</p>	<p style="text-align: center;">C RACGP RACGP, 2014</p>
	<p>En la unidad de salud donde se brinde atención a la víctima, se debe evitar el encuentro entre la víctima y el agresor, especialmente cuando ambos sean usuarios del mismo lugar; lo anterior es de carácter obligatorio cuando hay una orden de restricción o alejamiento.</p>	<p style="text-align: center;">C GPCSMS GPCSMS, 2010</p>
	<p>La efectividad de la terapia de pareja es poco clara, esto puede ser debido a que la víctima nunca puede ser totalmente honesta o sentirse libre de temor cuando el agresor está presente.</p>	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>
	<p>Cuando se sospecha de violencia es importante realizar preguntas simples y directas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabemos que la violencia en el hogar es un problema para mucha gente • ¿Hay alguien en casa que te está haciendo daño de alguna manera? 	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>
	<p>Se recomienda que el primer nivel de atención cuente con personal capacitado en primeros auxilios psicológicos para asistir a las de mujeres víctimas de violencia.</p>	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>
	<p>Se recomienda que el segundo nivel de atención, por lo menos se cuente con el servicio especializado de atención a la violencia familiar y violencia sexual, que proporcione manejo psicológico y consejería.</p>	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>

2.3.2. Atención multidisciplinaria a la violencia sexual

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>La atención de primer contacto es importante para las mujeres sobrevivientes de violación sexual, sin importar el tipo de agresor, esta atención incluye:</p>	<p style="text-align: center;">Fuerte GRADE OMS, 2013</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo y cuidados clínicos integrales que respondan a sus preocupaciones y necesidades, pero no interfieran con su autonomía y toma de decisiones • Escuchar sin presionarla para que responda o nos revele información • Brindar cuidados y ayuda para aliviar o reducir la ansiedad • Ofrecer información • Referir a las áreas correspondientes para que pueda contactar con otros servicios y apoyos sociales <p style="text-align: right;">(Algoritmo 3)</p>	
	La atención médica a las sobrevivientes de violación sexual, debe ser integral y satisfacer las necesidades de salud física y mental de las víctimas, así como conocer los procedimientos relacionados con los hallazgos para fines legales. Lo anterior debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinario, incluidos los profesionales de la salud y el personal administrativo.	II-3 FIGO <i>Jina R, 2010</i>
	El personal de salud debe consultar los protocolos de atención en casos de violencia sexual de acuerdo a su contexto.	Punto de buena práctica
	En la medida de lo posible y de acuerdo con los recursos humanos existentes, en las unidades de salud se favorecerá que la víctima sea atendida por personal del mismo sexo, sin que esto resulte en dilación y falta de atención inmediata.	Punto de buena práctica

2.3.3. Historia clínica y registro de la información

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El personal médico debe realizar una historia clínica y social completa de las víctimas de violencia sexual, y considerar que pueden ser víctimas de trata de personas para fines de explotación sexual.	Muy baja GRADE <i>Crawford-Jakubiak J, 2017</i>
	Se debe realizar una historia clínica completa, registrar los eventos de violencia y los datos que ayuden a determinar qué acciones e intervenciones son las más apropiadas; además de llevar a cabo el examen físico completo de pies a cabeza, incluidos los genitales, previo consentimiento informado.	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>

	<p>La historia clínica debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo transcurrido desde la agresión sexual • Tipo de violencia • Riesgo de embarazo • Riesgo de infección por VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) • Estado de salud mental <p style="text-align: right;">(Algoritmo 1 y 3)</p>	
	El personal de salud debe registrar cuidadosamente los casos de violencia, porque los datos pueden ser utilizados para procesos legales; así mismo, salvaguardar la seguridad y confidencialidad de la víctima.	C RACGP RACGP, 2014
	El personal de salud debe elaborar notas clínicas objetivas, claras, legibles, utilizando las propias palabras de la mujer sobre la violencia que ha vivido.	B GPCSMS GPCSMS, 2010
	El personal de salud debe documentar de manera exhaustiva los hallazgos de la exploración física de las mujeres que han vivido violencia sexual, para su atención subsecuente.	Punto de buena práctica
	Además del expediente clínico, el personal de salud que brinda atención médica o psicológica a las usuarias en situación de violencia deberá realizar registro de la información, para ello, utilizará el formato establecido por la institución correspondiente que ayude a recabar información con las variables básicas recomendadas internacionalmente (CIE-10) para los casos de violencia contra las mujeres y la violencia sexual.	Punto de buena práctica

2.3.4. Exploración física

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La exploración física de la persona víctima de violación sexual se puede llevar a cabo en el área de emergencias o en un centro para víctimas de violencia sexual, el profesional que la realice debe estar capacitado, ya que puede haber lesiones fuera del área genital que deban ser atendidas.	Moderada GRADE Crawford-Jakubiak J, 2017
	A las mujeres adolescentes que refieran haber vivido una violación sexual, se les debe realizar una exploración física completa, con previo consentimiento informado de la paciente y del familiar o representante legal responsable.	Alta GRADE Crawford-Jakubiak J, 2017

R	<p>Antes de realizar exploración física de una persona víctima de violación sexual, se le debe preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se cambió de ropa • Miccionó • Ingerió alimentos • Ingerió bebidas • Se bañó 	<p>Fuerte GRADE Crawford-Jakubiak J, 2017</p>
R	<p>En la atención a adolescentes víctimas de violación sexual que se presenten tres días después de la agresión, se deben consultar los protocolos locales para realizar la exploración forense.</p>	<p>Fuerte GRADE Crawford-Jakubiak J, 2017</p>

2.3.5. Tratamiento de la violación sexual

2.3.5.1. Profilaxis postexposición a VIH

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	<p>La guía de la CDC menciona que se debe considerar la profilaxis para el VIH cuando existió penetración y eyaculación. Si además hubo trauma genital en un sitio donde se conocía que existía una lesión o infección, es mayor el beneficio de la profilaxis.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 5)</p>	<p>Alta GRADE Crawford-Jakubiak J, 2017</p>
E	<p>Es más probable que la violencia y la desigualdad por razón de género aumenten el riesgo de contraer la infección por el VIH por mecanismos indirectos, como las relaciones de maltrato crónico en las cuales las mujeres están expuestas de manera reiterada al mismo agresor y no pueden negociar el uso de preservativos para tener relaciones sexuales protegidas.</p>	<p>4 SIGN OPS, 2011</p>
E	<p>Estudios de varios países han revelado que las mujeres con VIH informan tasas más altas de violencia de pareja. Cada vez hay más indicios de que el riesgo de contraer esta infección se relaciona con la exposición a la violencia a lo largo de la vida.</p>	<p>4 SIGN OPS, 2011</p>
R	<p>Las personas sobrevivientes de violencia deben recibir información completa, así como contar con el consentimiento informado en todos los aspectos relacionados a su atención, exámenes y tratamiento.</p>	<p>A FIGO Jina R, 2010</p>
R	<p>El personal médico evaluará administrar profilaxis postexposición a las mujeres que acudan a los servicios de salud, dentro de las primeras 72 horas después de haber sufrido la violación sexual para evitar la infección por VIH. Lo anterior se deberá realizar previo acuerdo con la víctima.</p>	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>

	<p>El uso de profilaxis para el VIH posterior a la violación sexual, debe decidirse junto con la víctima explicándole:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia del VIH en la zona geográfica • Limitaciones de la profilaxis para VIH • Si el agresor es conocido tomar en consideración el estado inmunológico • Características de la violación, incluido el número de agresores • Efectos secundarios de los antirretrovirales • La probabilidad de transmisión del VIH <p style="text-align: right;">(Algoritmo 3 y Cuadro 5)</p>	<p style="text-align: center;">Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>Se debe tomar muestra de laboratorio para determinar el estado del VIH de la persona potencialmente expuesta; de no ser accesible la toma de la muestra para diagnóstico del VIH, se debe realizar previo consentimiento informado y posterior a que el personal de salud evalúe el riesgo de infección contra la potencial toxicidad de algún agente, la ministración de un esquema de profilaxis postexposición (PEP) para el VIH, el cual se seleccionará y proporcionará con apego a la normatividad aplicable.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 5 y 5.1*)</p>	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>

2.3.5.2. Profilaxis postexposición para otras ITS

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Las Infecciones de transmisión sexual son más frecuentes en víctimas de violación sexual cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay múltiples agresores • Hay mordeduras, heridas o relaciones anales • La transmisión es más probable cuando el atacante es un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres o se inyecta drogas ilegales 	<p style="text-align: center;">2 RCEM RCEM, 2015</p>
	<p>A las personas sobrevivientes de violación sexual se les debe ofrecer, según la prevalencia, profilaxis para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia spp</i> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonorrea) • <i>Trichomonas spp</i> • <i>Treponema pallidum</i> (sífilis) 	<p style="text-align: center;">Fuerte GRADE OMS, 2013</p>

	<p>Se deben ofrecer antibióticos profilácticos a las mujeres víctimas de violación sexual. Aunque los protocolos locales varían, un régimen común es cefixima 400 mg + azitromicina 1 g + metronidazol 2 g como dosis únicas vía oral. Lo anterior puede reducir la necesidad de seguimiento en algunos casos. Para las mujeres embarazadas o que están amamantando la profilaxis recomendada que se considera segura es: cefixima 400 mg + azitromicina 1 g, pero estos casos pueden discutirse con la especialidad pertinente, ya sea de infectología o de ginecología y urología.</p>	<p>B RCEM RCEM, 2015</p>
	<p>Se pueden utilizar como antibióticos profilácticos a las mujeres víctimas de violación sexual:</p> <p>En adultos: Gonorrea y Clamidia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250 mg IM, Azitromicina 1 g dosis única <p><i>Alternativa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de estar embarazada: Ceftriaxona 1 g IM • En caso de alérgica o contraindicación a la Azitromicina: Ciprofloxacina 500 mg <p>En adolescentes: Gonorrea y Clamidia</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 45 kg Ceftriaxona 125 mg IM, DU <p><i>Alternativa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefixima 8 mg/kg VO, DU (máximo 400 mg) • 45 kg Ceftriaxone 250 mg, IM, DU • < 45 kg Azitromicina 20 mg/kg, máximo 1 g VO, DU • > 45 kg Azitromicina 1 g, VO, DU <p>Es importante recordar que el esquema aplicado deberá estar apegado a la normatividad aplicable*.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>El personal de salud debe realizar la elección de los fármacos y del régimen profiláctico a utilizar, con apego a la legislación aplicable.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 5)</p>	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>El personal de salud debe ofrecer previamente y con autorización de la víctima :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar de muestra de sangre para conocer el status basal para hepatitis B, antes de administrar la primera dosis de la vacuna • Si se es inmune, no se requiere vacunación 	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>El personal de salud deberá apegarse a la normatividad aplicable para el uso de antibióticos profilácticos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

2.3.5.3. Anticoncepción de emergencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Se debe ofrecer anticoncepción de emergencia (AE) a las mujeres sobrevivientes de violación sexual, dentro de los primeros cinco días de haber sufrido la violación sexual, idealmente se recomienda iniciar tan pronto como sea posible para potenciar al máximo la eficacia de los anticonceptivos. (Algoritmo 3)	Moderada GRADE OMS, 2013
	El personal de salud debe ofrecer como AE al levonorgestrel, si se encuentra disponible; se recomienda la dosis única de 1.5 mg, debido a que es tan efectivo como las dos dosis de 0.75 mg administradas a las 12 y 24 horas de haber sufrido la violación. En caso de que no está disponible, se puede prescribir la combinación de estrógenos y progestágenos junto con un antiemético.	Fuerte GRADE OMS, 2013
	En términos de PAE, el régimen de elección con base en la efectividad, facilidad de administración y efectos secundarios, es la dosis única de levonorgestrel (1.5 mg). Esta dosis única de progestágeno es más efectiva y causa menos náuseas que los regímenes combinados. Si no está disponible, se puede utilizar el régimen de Yuzpe, que consiste en la combinación de estrógenos y progestágenos. Se administran en forma combinada dos pastillas: una con 50 µg de etinilestradiol y la otra con 250 µg de levonorgestrel, el cual es un esquema comúnmente utilizado y se repite después de 12 horas. Se debe advertir cuidadosamente a la víctima de completar las dosis y orientar sobre el uso de antieméticos, los cuales deben administrarse porque generalmente se presentan náuseas graves y vómitos. Si los vómitos ocurren dentro de las primeras dos horas de haberlos consumido, se debe repetir la dosis, cabe señalar que se ha encontrado que las PAE no dañan o afectan si la mujer se encuentra embarazada.	A FIGO Jina R, 2010
	Cuando la AE oral no sea posible o no se cuente con ella, es factible utilizar el dispositivo intrauterino de cobre (DIU) para prevenir el embarazo; antes de colocarlo es importante considerar el riesgo de ITS. Se puede colocar hasta el 5° día de haber sufrido la violación sexual en las mujeres que sean candidatas, de acuerdo a la normatividad aplicable.	Fuerte GRADE OMS, 2013
	En caso de violación las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deberán, de acuerdo a la normatividad aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre el uso de este	Punto de buena práctica

	método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.	
	El personal médico debe consultar los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS.	Punto de buena práctica

2.3.5.4. Interrupción legal del embarazo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Si una mujer se presenta a los servicios de atención médica después de los cinco días de plazo máximo para la anticoncepción de emergencia, si la anticoncepción de emergencia fracasa o si está embarazada como consecuencia de una violación, se le debe ofrecer la opción de interrumpir el embarazo, de conformidad con la legislación aplicable. (Algoritmo 4)	Moderada GRADE <i>OMS, 2013</i>
	En relación a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por violación sexual, el personal de salud debe apegarse a la normatividad aplicable. (Algoritmo 4)	Punto de buena práctica

2.3.5.5. Pautas de tratamiento psicológico y de salud mental

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La intervención psicológica se diseñará teniendo en cuenta la conciencia de maltrato de la mujer y su actitud respecto a la relación. Las etapas de la intervención se recorren al ritmo de cada mujer y según el momento del ciclo de la violencia en que se encuentre.	4 GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	Pautas de tratamiento psicológico: <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de la víctima Conviene revisar en todas las sesiones de psicoterapia los apoyos emocionales, de protección y de ayuda real, ya que el grado de peligrosidad del agresor puede variar • Alianza terapéutica Es fundamental establecer una relación de confianza, para ello es importante brindar una adecuada recepción a la víctima, la escucha activa, el acompañamiento y poner atención al relato de la experiencia vivida 	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Escalada de la violencia Poner en relación los síntomas psicológicos con el maltrato • Exposición a la experiencia traumática No suele estar indicado en las entrevistas iniciales y debe ser ella quien decida cuándo y cómo abordarlo • Recuperación de su vida social Quitar los mitos sobre identidad y los roles de género: el rol femenino, la autonomía y el desarrollo frente a la figura masculina <p style="text-align: right;">(Algoritmo 2)</p>	
	Es importante preguntar a las personas sobrevivientes de violación sexual, qué efectos emocionales y psicológicos presentan debido a la violación, además se les deberá brindar orientación y apoyo para el afrontamiento de los mismos.	A FIGO <i>Jina R, 2010</i>
	Las intervenciones psicológicas deben tratar los síntomas, sin olvidar la dimensión psicosocial implicada, teniendo en cuenta otros aspectos como la integración en el mundo laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas y adaptación a la vida cotidiana.	Punto de buena práctica

Pregunta 7 ¿Qué medidas psicoterapéuticas se deben aplicar a las mujeres con diagnóstico de violencia para reducir los daños a su salud?

2.3.5.6. Intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">E</div> <p>Una revisión sistemática sobre los efectos que producen las intervenciones brindadas por profesionales de la salud, dirigidas a mujeres que viven violencia de pareja concluyó que puede ser efectivo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones de protección para la mujer • La consejería de autocuidado más la conciencia de peligro en comparación con solo brindar consejería • La consejería cognitivo-conductual en comparación con la no consejería • La terapia cognitiva enfocada al trauma en comparación con el no brindar algún tratamiento • Los grupos de apoyo entre pares y los planes de seguridad 	<p>1++ SIGN</p> <p><i>Sadowski, 2009</i></p>
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">E</div> <p>La entrevista motivacional es una intervención clínica, centrada en la usuaria, destinada a ayudar a fortalecer la motivación y la preparación para la acción en la mujer víctima de violencia;</p>	<p>I RACGP</p> <p><i>RACGP, 2014</i></p>

	debe realizarse resguardando la seguridad y confidencialidad de la víctima, así como la de los menores de edad.	
	Incluir de forma transversal en las sesiones las temáticas que afectan a las mujeres: estereotipos, diferencias de género, dinámica de las relaciones violentas, maltratadores, proceso de maltrato, mitos, creencias y ciclo de la violencia.	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	Las intervenciones para modificar el comportamiento son la mejor opción para hombres que ejercen violencia de pareja.	RACGP <i>RACGP, 2014</i>
	Es importante reiterarle a los hombres que reconocen que ejercen violencia, que su comportamiento es inaceptable, pero que hay opciones para cambiar, si están dispuestos a hacerlo.	Punto de buena práctica
	Se recomienda que la psicoterapia incluya la perspectiva de género; desde esta postura, se pregunte y reflexione acerca de su propia historia, la de su familia y sus creencias respecto al género. Además, es aconsejable reflexionar sobre este tema con el equipo de trabajo.	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	Se recomienda como herramienta útil la escucha respetuosa, que consiste en que la mujer perciba que el terapeuta cree en su historia de malos tratos.	Punto de buena práctica
	La terapia cognitivo conductual (TCC) o la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR por sus siglas en inglés), se recomiendan para el manejo de las mujeres que viven violencia de pareja.	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>
	Es útil la terapia cognitivo conductual focalizada o centrada en el trauma (TCC-Ft) tres meses después del evento traumático. Terapia breve: <ul style="list-style-type: none"> Regularmente la duración de la TCC-Ft es de 8 a 12 sesiones, pero si el tratamiento empieza el primer mes tras el evento traumático, pueden ser suficientes intervenciones psicológicas de cinco sesiones 	A GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	Las intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente (debriefing psicológico) no deben ser utilizadas en caso de violencia de pareja.	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>

	Para atender a las mujeres que viven violencia de pareja es aconsejable combinar intervenciones psicológicas individuales con sesiones grupales.	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	<p>Se debe ayudar a la mujer a elaborar un plan de seguridad para ella y para sus hijos e hijas, cuando corresponda. Una propuesta básica de plan de seguridad elaborado en conjunto con la mujer cuando ha revelado su situación de violencia de pareja, podría incluir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La víctima oculte dinero • Cuento con copias de documentos importantes como actas de nacimiento, certificados o pasaportes • Hable de lo que haría si realmente se sintiera amenazada • Elija con quién se pondría en contacto y cómo lo haría • Identifique posibles formas o rutas de escape <p>Siempre considerar que si una mujer vive violencia grave o extrema, se debe canalizar inmediatamente a algún servicio especializado o refugio donde le ayuden a preparar un plan más detallado.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 4)</p>	Punto de buena práctica

2.3.5.7. Abordaje por psiquiatría para los efectos y complicaciones de la violencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Las mujeres que sufren violencia machista tienen mayor riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias • Trastornos mentales • Trastornos físicos crónicos • Problemas de salud sexual 	B GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
 <p>Para ofrecer soporte y tratamiento adecuados es importante considerar y preguntar acerca de las secuelas postraumáticas de la violencia, para ello se requiere evaluar los problemas de salud mental como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Depresión por síndrome de estrés postraumático • Problemas de consumo de alcohol y drogas • Tendencias suicidas o autolesiones 	B RACGP <i>RACGP, 2014</i>
 <p>Las mujeres con diagnóstico de trastorno mental preexistente o relacionado con violencia de pareja (como trastorno depresivo o trastornos debidos al consumo de alcohol) que estén sufriendo actualmente violencia de pareja, deben recibir</p>	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>

	atención de salud mental a cargo de profesionales de la salud, con una buena comprensión del tema de la violencia contra la mujer.	
	Para la atención del trastorno de estrés postraumático (TEPT), la TTC-Ft o la EDMR son intervenciones que impartidas por profesionales de la salud que cuentan con una buena comprensión del tema de violencia contra las mujeres, se recomiendan en mujeres que ya no se encuentren experimentando cualquier tipo de violencia o violencia sexual, pero que estén sufriendo de TEPT.	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>
	Después de haber indagado con la víctima acerca de la relación existente entre sus síntomas y la violencia recibida, además de haber acordado con ella el abordaje terapéutico; esta indicado combinar la psicoterapia y los psicofármacos cuando refiera que han aumentado sus síntomas.	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	En relación al tratamiento farmacológico, en caso de contar con una respuesta favorable, se deberá mantener durante 12 meses, para posteriormente proceder a retirarlo gradualmente.	A GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>

2.3.5.8. Referencia a otros niveles de atención e interinstitucional

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Se ha encontrado que las sociedades con los niveles más bajos de violencia de pareja son las que cuentan con sanciones contra la violencia y donde las mujeres maltratadas tienen acceso a refugio, ya fuese en la forma de albergue o de respaldo familiar.	4 SIGN <i>OPS, 2013</i>
	Cuando a juicio del personal de salud, se considere que no cuenta con experiencia apropiada para preguntar sobre aspectos relacionados con la salud de la consultante, que estén vinculados con los factores de riesgo e indicadores de estar viviendo violencia, deberá referir a la usuaria a los servicios especializados o con el personal competente en la materia, lo cual será registrado en el expediente clínico.	Punto de buena práctica
	El personal de salud debe colaborar estrechamente con los servicios especializados, instancias de procuración de justicia, para mejorar la seguridad de las mujeres y de sus hijos.	B RACGP <i>RACGP, 2014</i>

	Cuando la unidad de salud no cuente con personal especializado en el programa de atención psicológica, deberá referirse a la víctima al siguiente nivel de atención.	Punto de buena práctica
	Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar la oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras.	Punto de buena práctica
	Se debe contar con un directorio interinstitucional disponible para la atención especializada a víctimas de violencia sexual y contra las mujeres, con personal capacitado, las 24 horas del día.	Punto de buena práctica

2.3.5.8.1. Referencia a refugios

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El contar con albergues o refugios donde puedan permanecer las mujeres que viven violencia extrema, contribuye a disminuir la probabilidad de que sean revictimizadas (victimización secundaria).	1++ SIGN <i>Stewart D, 2012</i>
	Se debe ofrecer a las mujeres víctimas de violencia que pasaron al menos una noche en un albergue, un refugio o una casa de seguridad un programa estructurado de promoción, apoyo y empoderamiento.	Moderada GRADE <i>OMS, 2013</i>
	Cuando se detecta una alta probabilidad de que la mujer o sus hijos sufran un evento inminente con cierto riesgo para sus vidas, debe considerarse como de peligro extremo. Esta evaluación se realizará conjuntamente con la mujer. (Cuadro 3 y 4)	C GPCSMS <i>GPCSMS, 2010</i>
	El personal de salud proporcionará atención médica, orientación y consejería a las personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual; referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive (en caso de requerirse enviar a un refugio), a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, seguridad o protección, así como apoyo legal y psicológico en las instancias correspondientes. (Algoritmos 1y 2)	Punto de buena práctica



Los profesionales de la salud deben informar sobre cómo acceder a los refugios para mujeres en situación de violencia extrema.

(Cuadro 2)

Punto de buena práctica

2.3.5.9. Orientación y consejería

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Las intervenciones dirigidas a ofrecer consejería a las mujeres, en cuanto a los niveles de violencia y los recursos que pueden emplear, incrementan los resultados positivos para evitar ser revictimizadas.	4 SIGN <i>Hender, 2001</i>
	El personal de salud debe considerar que las pacientes que acuden a los servicios de urgencias por violencia sexual y de pareja probablemente no regresen; que esa es la única oportunidad de contacto con ellas, por tal motivo deben aprovechar la ocasión para brindar consejería integral de atención a la violencia.	Fuerte GRADE <i>OMS, 2013</i>
	El personal de salud capacitado, además de lo anterior, debe proporcionar orientación en aspectos legales y consejería sobre el problema de la violencia que está viviendo; así como dar apoyo en caso de que la usuaria decida denunciar.	Punto de buena práctica

2.3.5.10. Notificación y denuncia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El maltrato infantil e incidentes (relacionados a la violencia de pareja) que amenacen la vida, deben ser notificados por el personal de salud a las autoridades correspondientes.	Muy baja GRADE <i>OMS, 2013</i>
	A pesar de que no se recomienda la notificación obligatoria de la violencia de pareja a la policía por parte de los proveedores de servicios de salud, estos últimos pueden ayudar a notificar el incidente a las autoridades competentes (incluida la policía), si la mujer así lo desea y es consciente tanto de sus derechos como de los riesgos que implica la notificación. El proveedor de servicios de salud debe notificar a las autoridades pertinentes el maltrato infantil y los incidentes potencialmente mortales, de acuerdo con lo que se estipule al respecto en la legislación.	Muy baja GRADE <i>OMS, 2013</i>

	El profesional de la salud debe denunciar el caso a las autoridades correspondientes, cuando se trate de menores de edad, en cuyo caso toda persona está obligada a la denuncia.	Punto de buena práctica
	La denuncia es necesaria para que el problema de origen privado pase a ser público y pueda romperse con el ciclo de la violencia.	3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i>
	Debido a que la violencia no distingue clase social, escolaridad, raza, religión, ni alguna otra condición, no se pueden establecer juicios personales ni desestimar desde el primer contacto la denuncia, debido a que esto actuará en perjuicio de la mujer. Se debe permitir que sea la autoridad competente quien haga la indagatoria.	Punto de buena práctica
	Se recomienda adoptar políticas de apoyo que procuren a las mujeres igualdad de derechos en la participación política, la educación, el trabajo, la seguridad social y un adecuado nivel de vida.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Es posible que la legislación y las políticas que abordan las desigualdades socioeconómicas más amplias disminuyan otras formas de violencia interpersonal, lo cual a su vez contribuirá a reducir la violencia de pareja y la violencia sexual.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	La legislación y los sistemas de justicia penal se deben operativizar, así como prevenir las violencias futuras. Lo anterior, se puede realizar mediante la provisión de unidades especializadas de policía, órdenes de alejamiento y equipos interinstitucionales de respuesta a las agresiones sexuales. La protección jurídica contra la violencia de pareja y la violencia sexual contribuye a dejar claro el mensaje de intolerancia de estos actos.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Las leyes exigen notificar la evidencia sobre violencia. Es importante que el personal de salud notifique la violencia de acuerdo a la normatividad aplicable. El personal de salud debe discutir las implicaciones de la denuncia obligatoria y las opciones para la denuncia voluntaria con las pacientes, por ejemplo a agencias que proporcionen protección o ayuda.	Punto de buena práctica
	En la detección y atención de los casos de violencia, el responsable del establecimiento de salud deberá dar aviso al ministerio público, como lo marca la normatividad aplicable.	Punto de buena práctica

	La falta de denuncia se relaciona también con la falta de confianza e ineficiencia percibida en las autoridades (5.1%), mientras que 8.6% se debe a que desconocían que podían denunciar.	3 SIGN <i>ENDIREH, 2011</i>
	Contar con leyes y procedimientos jurídicos de gran alcance, con una definición amplia de violación que incluye el concepto de la violación en el matrimonio, establecen graves sanciones contra quienes son declarados culpables y ofrecen una enérgica respuesta de apoyo a las víctimas.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	Se recomienda prestar especial atención a la capacitación de la policía y la asignación adecuada de recursos policiales al problema; en la prioridad otorgada a las investigaciones de los casos de agresión sexual; y en los recursos destinados al apoyo a las víctimas y la prestación de servicios médicos y jurídicos.	D SIGN <i>OPS, 2011</i>
	El profesional de salud debe respetar la decisión de la mujer en caso de que no quiera hacer denuncia ante autoridades judiciales, y debe hacerle saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento.	Punto de buena práctica
	Hay que tener en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> • En una violación sexual las pruebas deben obtenerse dentro de los primeros cinco días después de la agresión • Se debe preguntar a la víctima si hay otra persona con quien ella pueda hablar más a fondo sobre lo que le ocurrió • Se debe orientar a la víctima sobre su derecho a tramitar la denuncia y preguntar si cuenta con alguna persona que le ayude a interponer la denuncia cuando ella así lo decida 	Punto de buena práctica
	La violencia contra mujeres adolescentes menores de 18 años debe ser notificada por el personal de salud a las procuradurías para la protección de niñas, niños y adolescentes de su entidad federativa.	Punto de buena práctica
	Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica a involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán dar aviso al ministerio público para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar.	Punto de buena práctica



En los casos de acoso sexual, abuso sexual y hostigamiento sexual, es recomendable legislar con perspectiva de género, revisar la legislación vigente a fin de ofrecer garantías a las mujeres violentadas de que su denuncia será investigada y no desestimada desde el primer contacto por la prescripción del delito.

Punto de buena práctica

2.3.5.11. Capacitación

Pregunta 8 ¿La capacitación del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de la violencia contra las mujeres incrementa la detección oportuna?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El personal médico y de enfermería del área de urgencias debe recibir entrenamiento o capacitación sobre violencia de pareja; el principal beneficio es que el personal de salud aumenta su interés en preguntar sobre la violencia de pareja y así obtener una respuesta más integral.	2 RCEM RCEM, 2015
	El personal de salud de las áreas de urgencias debe estar capacitado para detectar la violencia, ya que hasta el 12% de las atenciones en esta área sufren violencia familiar y el 30% la inicia durante el embarazo.	B MRHMC RCOGE, 2014
	Proporcionar capacitación continua, así como supervisión frecuente al personal de salud que tiene contacto con mujeres y que les realiza entrevistas para detectar si viven violencia.	D NICE NICE, 2014

Pregunta 9 ¿Qué capacitación debe tener el personal de salud para prevenir y diagnosticar la violencia sexual contra las mujeres y la violencia sexual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La OMS reconoce que el personal de salud de los servicios de urgencias, se encuentra entre los primeros que atienden a las víctimas de violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una situación especial para ayudar a las personas expuestas a violencia sexual.	Alta GRADE OMS, 2013

	<p>La capacitación básica que debe conocer y darse al personal de primer contacto de los servicios de salud (en particular médicos, enfermeras y parteras) que atienden a mujeres que han experimentado violencia de pareja, es con respecto a programas de prevención y atención a las mujeres víctimas de violencia.</p>	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>De acuerdo a la OMS, al menos una persona de los servicios de salud, capacitada en la atención de violencia sexual y sensibilizada en la perspectiva de género y con enfoque de derechos humanos, deberá estar disponible las 24 h para brindar atención a los casos de violencia.</p>	<p>Muy baja GRADE OMS, 2013</p>
	<p>La capacitación para el personal de los servicios de salud sobre los temas de violencia de pareja y sexual debe incluir los elementos de la respuesta a la violencia de pareja y violencia sexual (por ejemplo, identificación, evaluación de seguridad y planificación, comunicación y habilidades clínicas, documentación, referencia y contrarreferencia).</p>	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>El personal de salud que brinda atención médica a las víctimas debe recibir capacitación en el tema de violencia, asegurándose de que ésta les permita proporcionar soporte de primer contacto con las herramientas apropiadas, que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuándo y cómo preguntar • La mejor manera de responder a las mujeres • Detección y cuidado a sobrevivientes de violencia de pareja • Atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual • Información sobre pruebas forenses <p>Acciones, habilidades y competencias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información básica sobre violencia, incluyendo leyes relevantes para las víctimas de violencia de pareja y violencia sexual • Conocimiento de los servicios existentes que pueden ofrecer apoyo a las sobrevivientes de la violencia de pareja y de violencia sexual (puede ser en forma de directorio de servicios comunitarios e institucionales) • Actuación inadecuada o revictimizante por parte del propio personal de salud (por ejemplo, culpar a las mujeres por la violencia, ignorarlas esperando que se vayan, entre otras), que provengan de sus propias experiencias de violencia de pareja y violencia sexual 	<p>Fuerte GRADE OMS, 2013</p>
	<p>Los contenidos indispensables para abordar en el proceso de capacitación, sensibilización y de actualización a los prestadores de servicios de salud son los siguientes:</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en la salud, entre otros • Marco jurídico: elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y de violencia contra las mujeres • Factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres • Detección sistemática en las y los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de violencia • Atención oportuna con calidad • Evaluación de niveles de riesgo y elaboración de plan de seguridad • Referencia y contrarreferencia • Intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada • Anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo correspondiente • Procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público 	
	Es recomendable que las instituciones de salud ofrezcan capacitación a los profesionales de salud sobre consejería breve, para atender casos de violencia de pareja.	Punto de buena práctica
	Contar en las unidades médicas con al menos una persona sensibilizada en materia de género y derechos humanos para atender a las víctimas de violencia.	Punto de buena práctica

2.3.5.12. Autocuidado y recomendaciones para el personal de salud

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La ENDIREH 2011 contiene información de la posición jerárquica que ocupan los agresores de las mujeres en el ámbito laboral.	3 SIGN <i>INEGI, 2013</i>
	La violencia laboral genera condiciones negativas, consiste en actitudes y comportamientos claramente agresivos, hostiles, humillantes o discriminatorios hacia las mujeres insertadas en el medio laboral, perpetrados por autoridades inmediatas, superiores jerárquicos, compañeros y compañeras de trabajo, en	3 SIGN <i>INEGI, 2013</i>

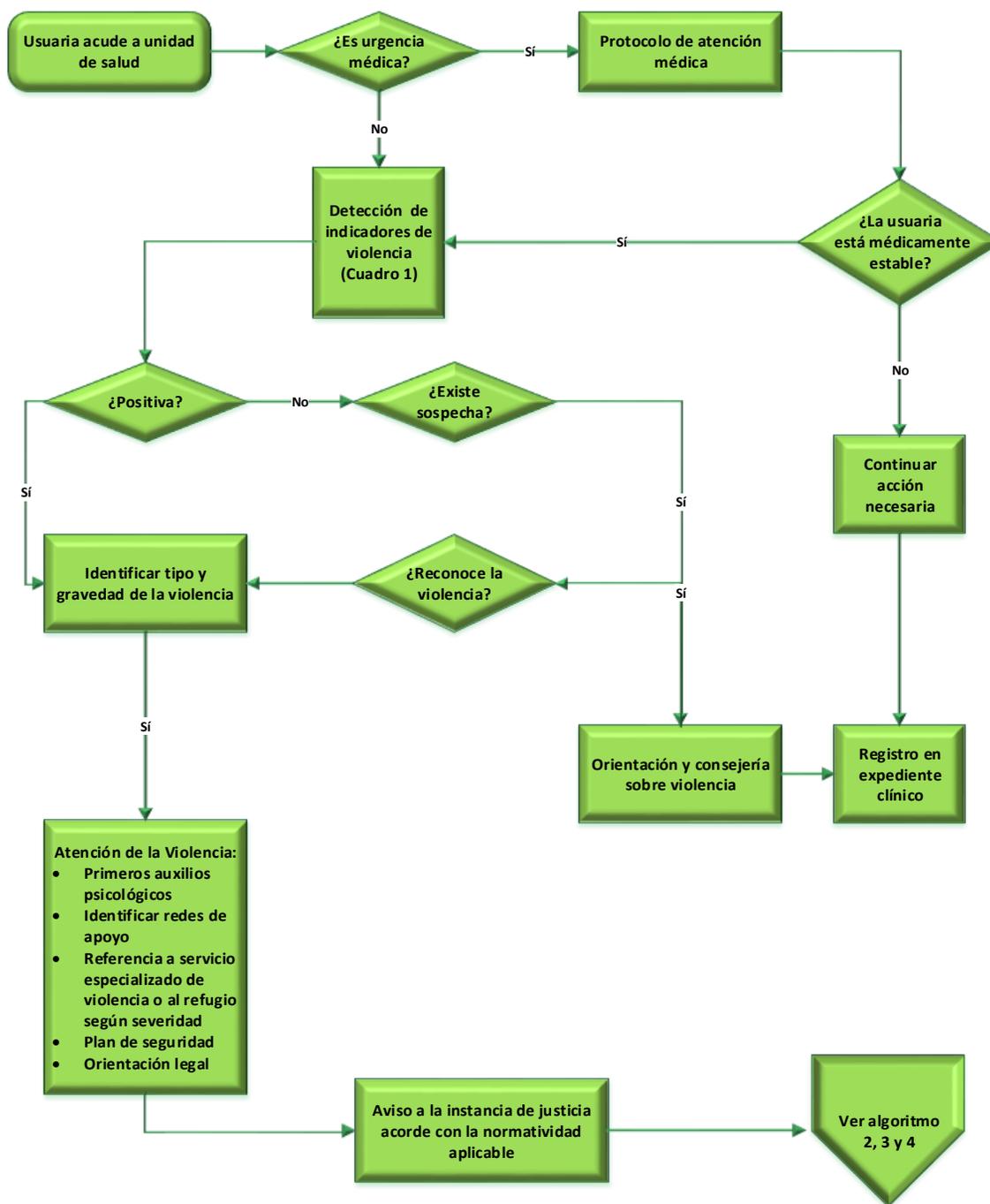
	ocasiones por el personal que labora bajo su mando; a este tipo de maltrato se suman también los de connotación sexual.	
	El personal de salud no puede brindar una adecuada atención si se encuentra experimentando desgaste por empatía o síndrome de desgaste por compasión, por lo que se recomienda desarrollar el autocuidado y el enfoque multidisciplinario para que otorgue la mejor atención.	B RACGP RACGP, 2014
	En la práctica diaria, laborar como un equipo de trabajo que se apoye en un sistema que permita trabajar en pares y la posibilidad de analizar casos difíciles, puede ayudar a proteger al personal contra el estrés.	B RACGP RACGP, 2014
	Es importante que el personal de salud conozca la normatividad sobre violencia familiar y sexual contra las mujeres, la cual es básica en su práctica clínica diaria.	Punto de buena práctica
	Se debe fomentar e implementar acciones en materia de cuidado y buen trato del personal de las instituciones de salud, para evitar desgaste por empatía o síndrome de desgaste por compasión, así como prevenir las siguientes conductas: <ul style="list-style-type: none"> • Hostigamiento y acoso • Violencia institucional • Violencia laboral 	Punto de buena práctica

3. ANEXOS

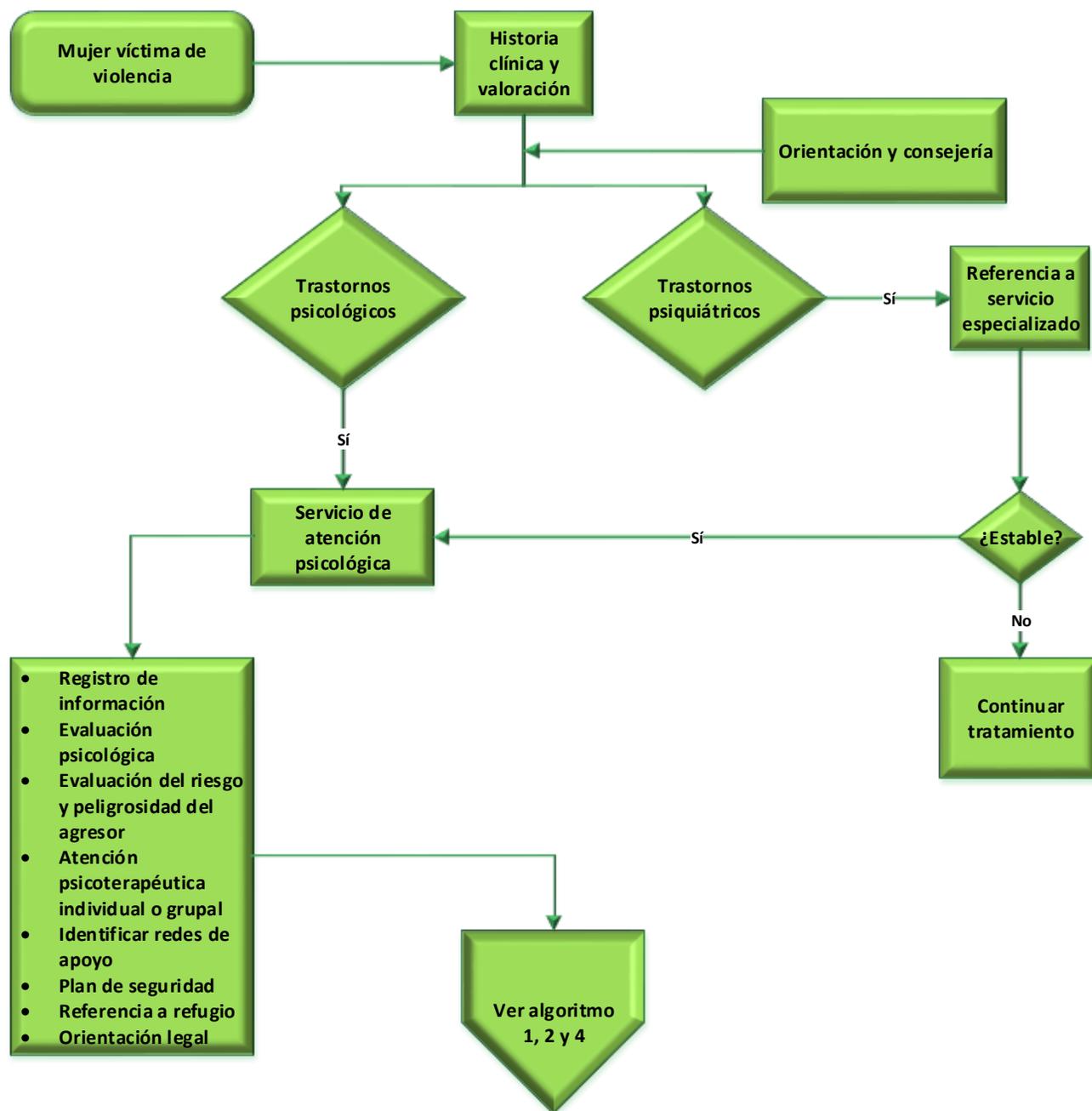
3.1 Diagramas de flujo

3.1.1 Algoritmos

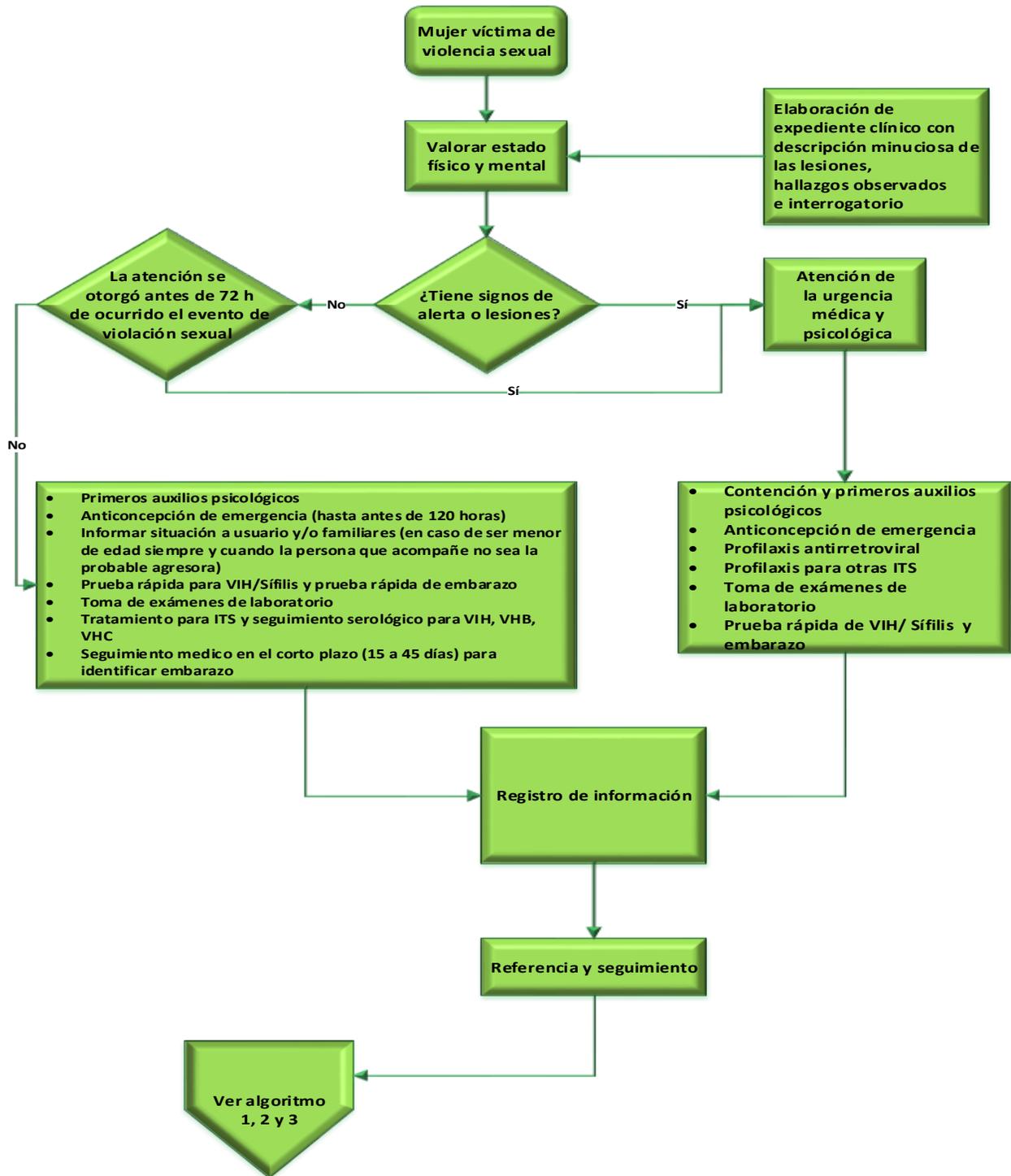
Algoritmo 1: Atención integral de la violencia



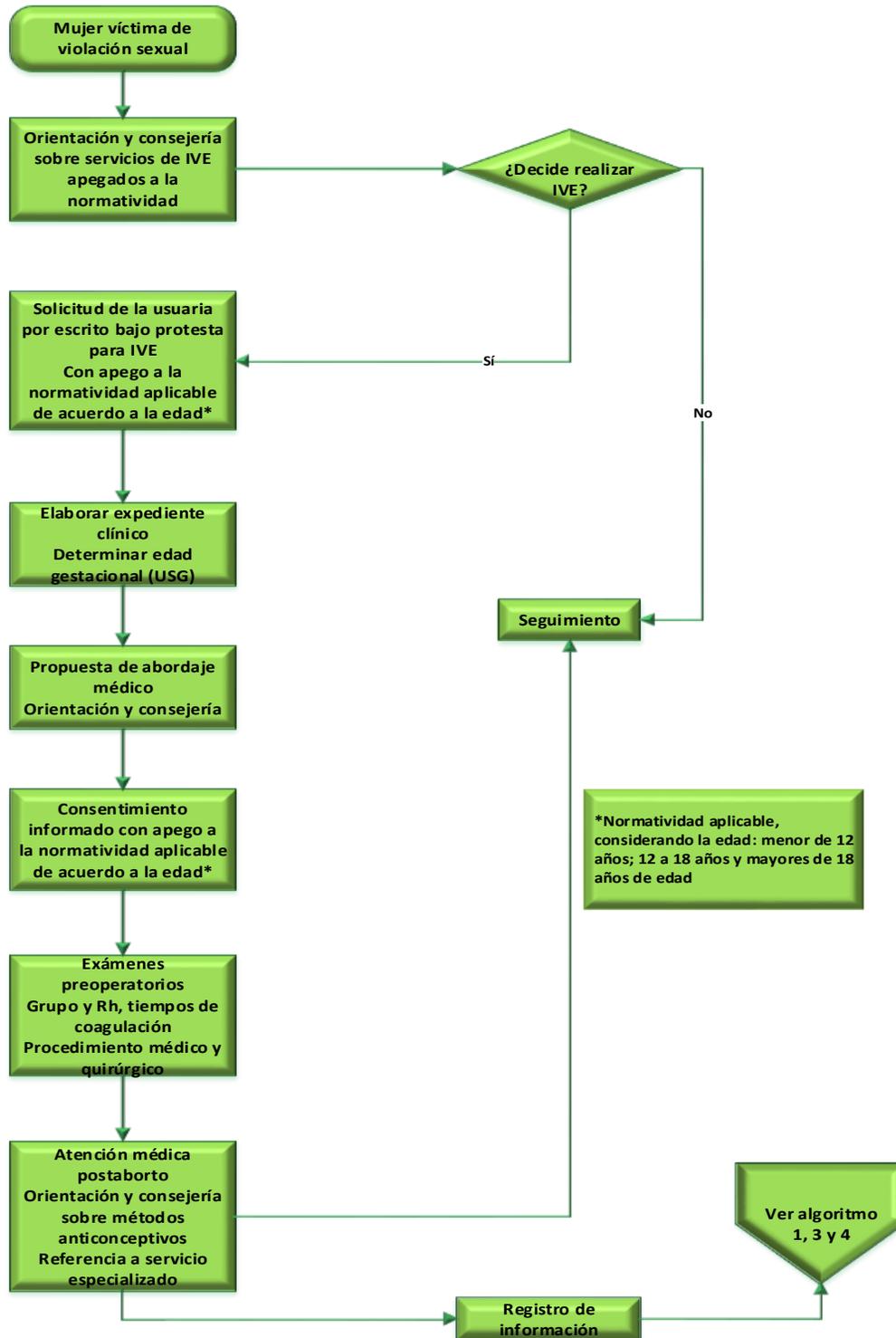
Algoritmo 2: Atención psicológica especializada



Algoritmo 3: Atención a la violencia sexual



Algoritmo 4: Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)



Cuadro 1. Instrumento de detección de violencia*

Número de expediente _____ Fecha _____	
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	
Violencia psicológica	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
Sospecha Anote indicadores de sospecha:	
Violencia física	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete, o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
Sospecha Anote indicadores de sospecha:	
Violencia sexual	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí ¿Quién lo hizo _____ No
Sospecha Anote indicadores de sospecha:	

*Se sugiere adaptar el presente cuestionario a las diferentes modalidades y tipos de violencia.

Referencia: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y sexual. Manual Operativo. Segunda Edición 2009.

Cuadro 2. Gravedad de la violencia

Magnitud		Moderada	Grave	Extrema
Signos y Síntomas	Físicos	Dolor crónico, exacerbación de los síntomas de enfermedades crónicas, entumecimiento, hormigueo, dolor articular o de espalda crónico, cefaleas	Somatizaciones, como dolores de cabeza, alteraciones para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito, síndrome de colon irritable, gastritis, dificultad para dormir, taquicardias, golpes, moretones, lesiones, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual frecuentes	Las lesiones han puesto en peligro la vida de la mujer
	Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación Percepción de que algo anda mal tendencia a minimizar la violencia, tendencia a negar la victimización 	<ul style="list-style-type: none"> Confusión, problemas para tomar decisiones, alteraciones en la atención y de memoria de corto plazo Sabe que la relación es violenta, características atribuibles externas al agresor Visión negativa de la vida actual y futura 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de pérdida de control Distorsión de la realidad Riesgo de suicidio u homicidio
	Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento por iniciativa de la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de control afrentamiento defectuoso, irritabilidad y problemas para llevar a cabo actividades nuevas Aislamiento por presión de la pareja Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos o alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo Inadaptación a la vida diaria
	Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de tristeza, humillación y vergüenza, temor, autoestima débil 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> Malestar emocional crónico Miedo a sufrir una segunda victimización desesperanza Depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) Despersonalización
Cronicidad		< 3 meses	> 3 meses	No aplica
Frecuencia		<ul style="list-style-type: none"> Cuántas veces en los últimos 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la frecuencia de los insultos, menosprecios en privado o delante de otros, de los señalamientos sobre la apariencia física o de los celos O ha aumentado el golpe con la mano o el puño, las sacudidas, jalones, torceduras, patadas, empujones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay amenazas a la integridad e incluso la vida de ella, sus hijas e hijos o familiares
Nivel de daño		<ul style="list-style-type: none"> Las alteraciones a nivel social, laboral, emocional y/o físico son poco observables, causan daño en las diferentes esferas de la vida, pero aún no se visibilizan 	<ul style="list-style-type: none"> Social: aislamiento de la familia, no permite visitas, la relación con el exterior está deteriorada. Hay daño físico (médicamente observable), emocional y laboral-económico (hay una restricción de los recursos económicos propios y de la pareja) Las relaciones sociales y familiares son severamente afectadas 	<ul style="list-style-type: none"> Peligro de muerte Redes sociales inexistentes o inseguras

Referencia: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia Lineamientos y Protocolos Primera Edición, 2010.

Cuadro 3. Indicadores de peligro extremo

INDICADORES DE PELIGRO EXTREMO ANTE LA VIOLENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • La mujer declara temer por su vida o la de sus hijos e hijas • Amenazas con armas o uso de las mismas • Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas • Amenazas o intentos de suicidio de la paciente • Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia • Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización • Amenazas o acoso a pesar de estar separados • Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia • Agresiones durante el embarazo • Abusos sexuales repetidos • Comportamiento violento fuera del hogar • Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene • Aislamiento creciente • Consumo de alcohol u otras drogas por parte del cónyuge • Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor

Referencia: Balanza M P, Bonilla Rasines, Eduardo, Cámara Meseguer, Josefina. Canovas Cuenca, Sergio, Díaz García, Isidora, Garriga Puerto, Ascensión, González Matas, Juana Ma. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía práctica clínica, Servicio Murciano de Salud. Edición 2010-09-17

Cuadro 4. Plan de seguridad de la violencia

PLAN DE SEGURIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación oficial: INE, VISA o pasaporte • Libro de familia • Certificado o Acata de nacimiento • Documentación sanitaria de la mujer y de los hijos e hijas (tarjetas sanitarias, tratamiento médico, cartillas de vacunaciones, medicinas habituales...) • Denuncias e informes médicos de agresiones anteriores • Ropa para la mujer y los niños • Contrato de trabajo, nóminas • Permiso de trabajo o de residencia si es extranjera • Títulos académicos • Cartillas de ahorro, tarjetas y dinero para cubrir necesidades básicas inmediatas (preparar una cuenta donde ir ingresando dinero a su nombre) • Copia de la escritura de la casa o del contrato de arrendamiento • Pólizas de seguros • Permiso de conducir • Llaves del domicilio y del coche • Agenda con números de teléfono y direcciones útiles • Preparar una maleta con lo imprescindible por si hay que salir urgentemente

Referencia: Balanza M P, Bonilla Rasines, Eduardo, Cámara Meseguer, Josefina. Canovas Cuenca, Sergio, Díaz García, Isidora, Garriga Puerto, Ascensión, González Matas, Juana Ma. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía práctica clínica, Servicio Murciano de Salud. Edición 2010-09-17

Cuadro 5. Profilaxis postexposición no ocupacional al VIH en personas mayores de 13 años* de edad

Esquemas preferentes y alternativos para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH de 28 días en personas con 13 años o más

Grupo de edad		Esquema
Personas ≥ 13 años de edad con función renal normal (incluidas embarazadas)	Preferente	TDF/FTC/EFV TDF/FTC + RAL o DTG*
	Alternativo	TDF/FTC + Etalonato de Darunavir + r
Personas ≥ 13 años de edad con disfunción renal normal (incluidas embarazadas)	Preferente	ZDV/3TC + RAL o DTG*
	Alternativo	ZDV/3TC + Etalonato de Darunavir + r

TDF: tenofovir, FTC: emtricitabina, ATV: atazanavir, LPV/r: lopinavir potenciado con ritonavir, EFV efavirenz

*No recomendado en personas con coinfección con hepatitis B, tuberculosis y contraindicado en mujeres con potencial de embarazo (el análisis preliminar no programado de un estudio observacional en curso en Botswana, encontró 4 casos de defectos del tubo neural en mujeres que quedaron embarazadas mientras tomaban DTG 0.9% vs. 0.1% de riesgo de defectos del tubo neural en bebés nacidos de mujeres que toman otros ARV en el momento de la concepción).

TDF: tenofovir; FTC: Emtricitabina; EFV: efavirenz; RAL: raltegravir; DTG: Dolutegravir; DRV+r: darunavir r: ritonavir como refuerzo; ZDV: Zidovudina; 3TC: Lamivudina; RTV: ritonavir.

Cuadro 5.1 Esquemas de profilaxis postexposición no ocupacional al VIH en personas con menos de 13 años* de edad

Esquemas preferentes y alternativos para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH en menores de 13 años de edad

Edad	Recomendación	
2 a <13 años	Preferente	ZDV + XTC + RAL
	Alternativo	ZDV + XTC + LPV/r O TDF + FTC + LPV/r o RAL
4 semanas a <2 años	Preferente	ZDV + 3TC + LPV/r
	Alternativo	ZDV + FTC + RAL O ZDV + FTC + LPV/r

XTC: emtricitabina o lamivudina; 3TC : lamivudina; ZDV: zidovudina; LPV/r: lopinavir potenciado con ritonavir; RAL: raltegravir; FTC: emtricitabina

ZDV: Zidovudina; FTC: Emtricitabina; 3TC: Lamivudina; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir; FTC: Emtricitabina; RTV: ritonavir; LPV/r: lopinavir potenciado con ritonavir.

El presente esquema de profilaxis post-exposición no ocupacional se retoma de la **Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH**. Fuente: Censida/Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Novena edición: México; Censida, Cuidado editorial: Aurora Rebolledo. 2018. *Cabe señalar que la presente guía es actualizada cada año o antes de así requerirse con base en las recomendaciones vertidas sobre el tratamiento antirretroviral se elaboraron con el consenso de las y los autores que participaron en su elaboración siguiendo los principios de la Medicina Basada en Evidencia

3.2 Listado de Recursos

3.2.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en la profilaxis de **Infecciones de Transmisión Sexual y Postexposición al VIH** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFEKTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.1937.00	Ceftriaxona*	Adulto: 250 mg de dosis única.IM	Cada frasco ampula con polvo contiene: ceftriaxona sodica equivalente a 250 mg de ceftriaxona	Dosis única	Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis; eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia; exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y edema multiforme.	Antagonismo con: cloranfenicol. Sinergismo frente a Gram-con: aminoglucósidos. Lab: falso + en test de Coombs, test de galactosemia y glucosuria con métodos no enzimáticos.	Hipersensibilidad a cefalosporinas o a penicilinas; recién nacidos prematuros hasta la edad corregida de 41 sem (semanas de gestación + semanas de vida); recién nacidos a término (hasta 28 días) con: ictericia, hipoalbuminemia o acidosis o si se necesita (o se considera que se va a necesitar) tto. Con Ca IV o infusiones que contengan Ca debido al riesgo de precipitación de la ceftriaxona con Ca.
010.000.5640.00	Atripla (efavirenz + emtricitabina +	Adulto: 300/200/600 mg c/24 h VO	Tab emtricitabina 200 mg, tenofovir	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las	Disfunción renal (nefritis túbulo intersticial) con baja incidencia.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo D Ver la Guía de manejo

	tenofovir) (EFV+FTC+TDF)		disoproxil fumarato 300 mg y efavirenz 600 mg	personas con VIH	Ajustar dosis si la depuración de creatinina es menor a 50 ml/min. Evitar otros nefrotóxicos. Atazanavir y lopinavir/r aumentan niveles séricos de TDF (vigilar toxicidad, posible mayor riesgo de daño renal). Intolerancia GI. Reducir dosis de ddl. Exacerbación de hepatitis por virus B, al suspenderlo Buena tolerancia. Cefalea e intolerancia GI. Exacerbación de hepatitis por virus B, al suspenderla. Coloración oscura de piel y uñas Efectos diversos en SNC (frecuentes pero pasajeros): mareos, insomnio, somnolencia, sueños vívidos, confusión agitación, depresión aguda; se resuelven en 2-	antirretroviral de las personas con VIH
--	-----------------------------	--	---	------------------	--	---

					4 semanas. Rash (10%; grave en menos del 2%). Teratogénico: evitarlo en embarazadas y en mujeres con potencial reproductivo. Elevación de ALT/AST. La coinfección con hepatitis B o C incrementa riesgo de toxicidad hepática. Dislipidemia.		
010.000.5288.00	Kaletra (Lopinavir reforzado con ritonavir) (LPV/ RTV o LPV/r)	Adulto: 400 mg + 100 mg c/12 h VO	Tab 200/50 mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Con mayor intolerancia GI: náusea, vómito y diarrea. Cefalea y astenia. Sol. Oral con 42% alcohol.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.5282.00 010.000.5282.01	Lamivudina (3TC)	Adulto: disfunción renal y niños 150 mg c/12 h VO Adulto	Tab 150 mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Buena tolerancia e intolerancia GI. Cefalea y Pancreatitis común en niños con enfermedad avanzada. Exacerbación de hepatitis por virus B, al suspenderla.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.4271.00	Lamivudina (3TC)	Niñas/os Tabletas: - 14kg - <20kg ½ tab C/12 h	Sol cada 100 ml contiene lamivudina 1 gr	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las	Diarrea, vómito, exantema,	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo

		VO (total 150mg) - >20kg - <25kg ½ tab mañana y 1 tab noche VO (total 225 mg) - >25 kg 1 tab C/12 h VO (total 300 mg)		personas con VIH	neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, neutropenia. TMP/SMZ. Puede darse con alimentos, ajustar en falla renal.		antirretroviral de las personas con VIH
010.000.4257.00	Zidovudina (ZDV)	200 mg c/8 h VO	Cap 100 y	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Anemia, granulocitopenia, miopatía, hepatotoxicidad. Puede ser tomada con alimentos.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.5274.00	Zidovudina (ZDV)	250-300 mg c/12 h VO	Cap 250 mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Anemia, granulocitopenia, miopatía, hepatotoxicidad. Puede ser tomada con alimentos.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.5280.00	Raltegravir (RAL)	1 c/12 h VO	Comp 400mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Nausea y cefalea, diarrea y fatiga, en ocasiones dolor abdominal.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.4289.00	Darunavir (DRV)	600 mg + 100 mg de ritonavir c/12 h VO	Comp 600 mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Exantema, nausea, diarrea, cefalea, hepatotoxicidad, hiperlipidemia.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo B Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.5860.00	Darunavir (DRV)	800 mg + 100 mg de ritonavir c/24 h VO	Comp 800 mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las	Exantema, nausea, diarrea, cefalea, hepatotoxicidad, hiperlipidemia.	Ver la Guía de manejo antirretroviral de	Categoría durante el embarazo B Ver la Guía de manejo

				personas con VIH		las personas con VIH	antirretroviral de las personas con VIH
010.000.6010.00	Dolutegravir (DTG)	50mg, 1 c/24 h VO	Tab 50mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Cefalea, insomnio e hipersensibilidad.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo C Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.4276.00	Emtricitabina (FTC)	200 mg c/24 h VO	Cap 200mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Cefalea, diarrea, náusea, exantema, hiperpigmentación, neutropenia y acidosis láctica. No significativas. Puede darse con alimentos.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo B Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
010.000.5281.00	Ritonavir (RTV)	Solo usado como refuerzo de otros IP a razón de 100 a 400 mg VO (dosis dependiente del IP que acompaña)	Tab 100mg	Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Cefalea, vómito, dolor abdominal, parestesias, hepatitis, sangrados, pancreatitis, Hiperglicemia. Induce citocromo P450 3A4.	Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH	Categoría durante el embarazo B Ver la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH

3.3 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Prevención, Detección y Atención de la Violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en Violencia Sexual**. Se realizó en PubMed y sitios Web especializados de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español o inglés**.
- Documentos publicados del **1 de enero de 2010 al 30 de junio de 2018**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, diferente al español o inglés.
- Documentos publicados con fecha retrospectiva a 2010.

3.1.1. BÚSQUEDA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando los términos MeSh "sex offenses", "domestic violence" o "intimate partner violence"; relacionados a partir del operador booleano OR, considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvo 22 resultados, de los cuales se utilizaron 3 documentos en la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("sex offenses"[MeSH Terms] OR "domestic violence"[MeSH Terms]) OR "intimate partner violence"[MeSH Terms] AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2018/06/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	22

Además se realizó la búsqueda de GPC's en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
GIN	"sex offenses" OR "domestic violence" OR "intimate partner violence"	4	1
SIGN	"sex offenses" OR "domestic violence" OR "intimate partner violence"	2	0
NICE	"domestic violence" Document type: Guidance Guidance category: Clinical guidelines NICE guidelines Status: Published	17	1 (ya se había obtenido en búsqueda anterior)
NHS Evidence	"sex offenses" OR "domestic violence" OR "intimate partner violence"	141	4 (uno de éstos ya se había obtenido)

	Evidence type: Guidance Area of interest: Clinical Social care Public health Date: 01/01/2010 to 30/06/2018		en búsqueda anterior)
Australian Government. National Health and Medical Research Council. Australian Clinical Practice Guidelines.	"sex offenses" OR "domestic violence" OR "intimate partner violence"	0	0
Australian Government. National Health and Medical Research Council. Australian Clinical Practice Guidelines.	domestic violence	2	1
GUIASALUD (España).	Violencia sexual	0	0
Chile. Ministerio de Salud. GUIAS AUGE.	Violencia sexual	0	0
GUIASALUD (España).	Violencia de pareja	1	1
Chile. Ministerio de Salud. GUIAS AUGE.	Violencia de pareja	0	0

1.1.2 BÚSQUEDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando los términos MeSh "sex offenses", "domestic violence" o "intimate partner violence"; relacionados a partir del operador booleano OR, considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 782 resultados, de los cuales se utilizaron 2 documentos en la actualización de la GPC, uno de estos documentos ya se había obtenido en búsqueda anterior.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("sex offenses"[MeSH Terms] OR "domestic violence"[MeSH Terms]) OR "intimate partner violence"[MeSH Terms] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2018/06/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	782

A continuación se presenta el listado de sitios Web de donde se obtuvieron documentos que se utilizaron de sustento para los apartados de introducción y justificación

SITIOS WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI)	2
México. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	1
México. Suprema Corte de Justicia de la Nación	1

Se presentan los sitios Web de los que se obtuvieron documentos con información relevante a la actualización de la guía.

SITIOS WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva. Violencia contra la mujer (Publicaciones)	8
Centro de Justicia para Mujeres (Gob.mx)	1
ONU Mujeres	1
México. Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión	1
CENSIDA	1

Al revisar la bibliografía de las publicaciones de la sección de Violencia contra la Mujer de la OMS se identificó, recuperó y utilizaron **2** documentos más de la misma organización, uno de éstos sobre los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos; para referirse a la elección de anticonceptivos de emergencia en los casos de violación sexual; y el otro documento, un análisis comparativo sobre la violencia contra las mujeres en 12 países de América Latina y el Caribe.

En las dos etapas de este protocolo de búsqueda, se obtuvieron un total de **989** resultados, de los cuales se utilizaron **28** documentos en la actualización de la GPC en cuestión.

3.4 Escalas de Gradación

1. SISTEMA GRADE

Significado de los niveles de calidad de la evidencia

Calidad de la evidencia	Definición
Alta	Hay una confianza alta en que el estimador del efecto se encuentra muy cercano al efecto real.
Moderada	Hay una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real pero hay la posibilidad que existan diferencias substanciales.
Baja	La confianza en el estimador del efecto es baja: el estimador del efecto puede ser substancialmente diferente al efecto real.
Muy baja	Hay una confianza muy baja en el estimador del efecto: es muy probable que el estimador del efecto sea substancialmente diferente al efecto real.

Evaluación de la calidad de la evidencia según el tipo de diseño de los estudios

Diseño de estudio	Calidad de la evidencia inicial	Disminuir si	Aumentar si	Calidad del conjunto de la evidencia
Ensayos clínicos aleatorizados	Alta	Limitaciones en el diseño o la ejecución Importantes (-1) Muy importantes (-2)	Fuerza de asociación Fuerte (+1) Muy fuerte (+2)	Alta
	Baja	Inconsistencia Importante (-1) Muy importante (-2)	Gradiente dosis-respuesta Presente (+1)	Moderada
Estudios observacionales	Baja	Incertidumbre en que la evidencia sea directa Importante (-1) Muy importante (-2)	Consideración de los posibles factores de confusión que habrían reducido el efecto (+1) Sugerirían un efecto espurio si no hay efecto (+1)	Baja
		Imprecisión Importante (-1) Muy importante (-2) Sesgo de publicación Importante (-1) Muy importante (-2)		Muy baja

Implicaciones de las recomendaciones	
Implicaciones de una recomendación fuerte	
Para los pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la intervención recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estaría.
Para los clínicos	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.
Para los gestores	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil	
Para los pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no.
Para los clínicos	Se reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.
Para los gestores	Existe necesidad de un debate importante con la participación de los grupos de interés.

Fuente: Muñoz, Pedro Martín, and Javier González de Dios. "Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I): el sistema GRADE." Evidencias en Pediatría 6.3 (2010): 18.

2. ESCALA SIGN

Clasificación de los niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1 ++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios o ensayos controlados aleatorios con un riesgo muy bajo de sesgo
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios o ensayos controlados aleatorios con bajo riesgo de sesgo
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios o ensayos controlados aleatorios con alto riesgo de sesgo
2 ++	Revisión sistemática de alta calidad de estudios de casos o de cohortes o estudios de casos o controles de alta calidad con un riesgo muy bajo de confusión, sesgo o oportunidad y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios bien llevados de casos y controles o de cohorte con un bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	Estudios de casos o controles con alto riesgo de confusión, sesgo o casualidad y un riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, p. Informes de casos, caso
4	Opiniones de expertos

Grado de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Al menos un Metanálisis, revisiones sistemáticas o ECA clasificado como 1 ++, y directamente aplicable a la población objetivo; O Una revisión sistemática de ECA o un conjunto de pruebas que consisten principalmente en estudios clasificados como 1+, directamente aplicables a la población objetivo y demostrando la consistencia general de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios clasificados como 2 ++ directamente aplicables a la población objetivo, y demostrando la consistencia general de los resultados; O Pruebas extrapoladas de estudios clasificados como 1 ++ o 1+
C	Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población objetivo, y demostrando la consistencia general de los resultados; O Pruebas extrapoladas de estudios clasificados como 2 ++
D	Nivel de evidencia 3 ó 4; O Pruebas extrapoladas de estudios clasificados como 2+
Punto de buenas prácticas	Las mejores prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía

Manterola, C., Asenjo-lobos, C., Otzen, T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista chilena de infectología*, 2014, vol. 31, no 6, p. 705-718

3. ESCALA NICE

Nivel de Evidencia	Interpretación
IA	RS con homogeneidad* de estudios de nivel 1†
IB	Estudios de nivel 1†
II	Estudios de nivel 2‡ RS de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3§ RS de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o “principios básicos”

*Homogeneidad significa que no hay variaciones o éstas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la RS (revisiones sistemáticas). † Estudios de nivel 1 son aquellos que utilizan una comparación enmascarada de la prueba con un estándar de referencia validado, en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. ‡ Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características: población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba; utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la ‘prueba’ es incluida en la ‘referencia’, o aquel en que las ‘pruebas’ afectan a la ‘referencia’; la comparación entre la prueba y la referencia no está enmascarada; o estudios de casos y controles. § Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente

Grados de recomendación	Interpretación
A	Estudios de pruebas diagnósticas con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios de pruebas diagnósticas con un nivel de evidencia II
C	Estudios de pruebas diagnósticas con un nivel de evidencia III
D	Estudios de pruebas diagnósticas con un nivel de evidencia IV

Manterola, C., Asenjo-lobos, C., Otzen, T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista chilena de infectología*, 2014, vol. 31, no 6, p. 705-718

4. ESCALA FIGO (Canadian task force on Preventive Health Care)

Calidad de la evidencia	Clasificación de las recomendaciones
I Evidencia obtenida de al menos un ensayo aleatorizado controlado	A. Hay buena evidencia para recomendar la acción preventiva clínica
II-1 Evidencia de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización	B. Hay pruebas suficientes para recomendar la acción preventiva clínica
II-2 Evidencia de cohortes bien diseñadas (prospectivas o retrospectivas) o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación	C. La evidencia existente es contradictoria y no permite hacer una recomendación a favor o en contra del uso de la acción preventiva clínica; Sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones
II-3 Evidencia obtenida de comparaciones entre tiempos o lugares con o sin la intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados (como los resultados del tratamiento con penicilina en la década de 1940) también podrían incluirse en esta categoría	D. Hay pruebas justas para recomendar en contra de la acción preventiva clínica
III Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos	E. Hay buena evidencia para recomendar, contra la acción preventiva clínica
	L. No hay evidencia suficiente (en cantidad o calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones

Escala de gradación obtenida de: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010, vol. 109, no 2, p.85, es una adaptación de. Canadian Task Force on Preventive Health Care

5. ESCALA DE LA GUÍA DE MURCIA

Nivel de recomendación	Tipo de estudios
A	Al menos un ensayo clínico aleatorizado (ECA) de buena calidad
B	Basado en estudios clínicos correctos metodológicamente pero no ECAs
C	Opinión de expertos o autoridades clínicas reconocidas

6. ESCALA SIPAEVA

Grados de recomendación	Definición	Sugerencias para la Práctica
A	Recomienda el servicio. Existe una gran certeza de que el beneficio neto es sustancial.	Ofrezca / brinde el servicio
B	Recomienda el servicio. Existe una gran certeza de que el beneficio neto es moderado, o existe una certeza moderada de que el beneficio neto es de moderado a sustancial.	Ofrezca / brinde el servicio
C	Nota: La siguiente declaración se encuentra en revisión. Los médicos pueden proporcionar este servicio a pacientes seleccionados dependiendo de las circunstancias del individuo. Sin embargo, para la mayoría de las personas sin signos o síntomas, es probable que haya solo un pequeño beneficio de este servicio.	Ofrezca / brinde este servicio solo si las otras consideraciones apoyan ofrecer o proporcionar el servicio en un paciente individual.
D	Contra recomienda el servicio. Existe una certeza moderada o alta de que el servicio no tiene un beneficio neto o que los daños superan los beneficios.	Desaliente el uso de este servicio.
I statement	Concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del servicio. La evidencia es deficiente, de mala calidad, o conflictiva, y el equilibrio de beneficios y daños no se puede determinar.	Lea la sección Consideraciones clínicas de Declaración de la Recomendación USPSTF. Si se ofrece el servicio, los pacientes deben entender la incertidumbre sobre el equilibrio de beneficios y daños.

Escala de gradación obtenida de: Virginia A. Moyer, MD, MPH, U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement; Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults; Ann Intern Med. 2013;158:478-486; 2013.

Niveles de certeza sobre beneficio neto de acuerdo a la definición de la U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

Nivel de certeza *	Descripción
Alto	La evidencia disponible generalmente incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y bien realizados en poblaciones representativas de atención primaria. Estos estudios evalúan los resultados de los efectos del servicio preventivo de salud. Por lo tanto, es poco probable que la conclusión se vea fuertemente afectada por los resultados de futuros estudios.
Moderado	La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos del servicio preventivo en los resultados de salud, pero la confianza en la estimación está limitada por factores tales como: el número, tamaño o calidad de los estudios individuales; inconsistencia de los hallazgos en los estudios individuales; limitada generalización de los hallazgos en la práctica de la atención primaria de rutina; y falta de coherencia en la cadena de evidencia. A medida que haya más información disponible, la magnitud o dirección del efecto observado podría cambiar, y esto cambio puede ser lo suficientemente grande como para alterar la conclusión.
Bajo	La evidencia disponible es insuficiente para evaluar los efectos en los resultados de salud. La evidencia es insuficiente debido a: el número o tamaño limitado de los estudios; fallas importantes en el diseño o en los métodos del estudio; inconsistencia de los hallazgos en los estudios individuales; brechas en la cadena de evidencia; hallazgos que no son generalizables a la práctica de la atención primaria de rutina; y falta de información sobre los resultados de salud importantes. Más información puede permitir una estimación de los efectos en los resultados de salud.

* El U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) define certeza como "la probabilidad de que la evaluación de USPSTF sobre el beneficio neto de un servicio preventivo sea correcta". El beneficio neto se define como el beneficio menos daño del servicio preventivo implementado en una población general de atención primaria. El USPSTF asigna un nivel de certeza sobre la base de la naturaleza de la evidencia global disponible para evaluar el beneficio neto de un servicio preventivo.

7. ESCALA RACGP

Tabla 1. Significado de los niveles de evidencia y grados de las recomendaciones

Niveles de evidencia	
Nivel	Explicación
I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de estudios nivel II.
II	Evidencia obtenida de ensayos controlados aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés).
III-1	Evidencia obtenida de un pseudo-ensayo controlado aleatorizado (Ej. Asignación alternativa u otro método).
III-2	Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles concomitantes. <ul style="list-style-type: none"> • Estudios no aleatorios, prueba experimental. • Estudio de cohorte. • Estudio de control de casos. • Series de tiempo interrumpido con un grupo de control.
III-3	Evidencia obtenida de un estudio comparativo sin controles concomitantes: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de controles históricos. • Dos o más estudios de un solo brazo. • Series de tiempo interrumpidas sin grupo de control paralelo.
IV	Series de casos con resultados ya sea previos al examen o previos/posteriores al examen.
Punto de buena práctica	Opiniones de autoridades respetadas basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités expertos.
Grados de recomendaciones	
Grado	Explicación
A	Conjunto de evidencias que es confiable para guiar la práctica.
B	Conjunto de evidencias que es confiable para guiar la práctica en la mayoría de las situaciones.
C	Conjunto de evidencias que proporciona soporte a la(s) recomendación(es) pero debe prestarse atención su aplicación.
D	Conjunto de evidencias débiles y las recomendaciones deben aplicarse con precaución.

8. ESCALA NHMRC

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Tabla de jerarquía de la evidencia, creada con el objetivo de valorar la evidencia en las guías de práctica clínica y evaluación de tecnologías sanitarias, utilizada en Australia desde 1999.

Los manuales proponen valorar la evidencia en tres dimensiones: la fuerza, el tamaño del efecto y la relevancia clínica. En este esquema, la solidez de la evidencia determina el nivel, la calidad de la evidencia y su precisión estadística.

La tabla actual (basada en la jerarquización del Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford, CEBM), es más amplia que la inicial y está estructurada de forma distinta. Contiene cinco columnas para cada una de las áreas de investigación (intervención, precisión diagnóstica, pronóstico, etiología y tamizaje); y una columna ubicada al extremo izquierdo de las anteriores presenta los NE.

Nivel	Intervención	Precisión diagnóstica	Pronóstico	Etiología	Tamizaje
I	RS de estudios nivel II	RS de estudios nivel II	RS de estudios nivel II	RS de estudios nivel II	RS de estudios nivel II
II	EC controlado, con AA	Estudios de precisión de PD con una comparación enmascarada e independiente con un estándar de referencia válido, entre sujetos consecutivos con una presentación clínica definida	Estudios de cohortes prospectivas	Estudios de cohortes prospectivas	EC controlado con AA
III-1	EC pseudoaleatorizado controlado (ej. asignación alternada o algún otro método)	Estudios de precisión de PD con una comparación enmascarada e independiente con un estándar de referencia válido, entre sujetos no consecutivos con una presentación clínica definida	Todo o ninguno	Todo o ninguno	EC controlado pseudoaleatorizado (por ejemplo, asignación alternada o algún otro método)
III-2	Estudios comparativos con controles concurrentes: • EC experimental sin AA • Estudios de cohortes • Estudios casos y controles Series temporales interrumpidas con un grupo control	Comparación con un estándar de referencia que no cumple con el criterio requerido para el NE II y III-1	Análisis de los factores pronósticos entre los sujetos de un solo brazo de un EC controlado con AA	Estudios de cohortes retrospectivas	Estudios comparativos con controles concurrentes: • Ensayo experimental sin AA • Estudios de cohortes Estudios de casos y controles
III-3	Estudios comparativos s/controles concurrentes: • Estudios con controles históricos • EC Dos o más estudios de un solo brazo EC Series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo	Estudios de casos y controles de diagnóstico	Estudios de cohortes retrospectivas	Estudios de casos y controles	Estudios comparativos sin controles concurrentes: • Estudios con controles históricos EC Dos o más estudios de un solo brazo
IV	Series de casos, ya sea con resultados post-test o pre-test/post-test	Estudios de rendimiento diagnóstico sin estándar de referencia	Series de casos, o estudios de cohortes de sujetos en diferentes etapas de la enfermedad	Estudios de corte transversal o series de casos	Series de casos

AA: Asignación aleatoria. PD: Prueba diagnóstica.

3.5 Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):		
CIE-10	Y05 agresión sexual con fuerza corporal. Y059 agresión sexual con fuerza corporal: lugar no especificado. Y06 negligencia y abandono. Y069 negligencia y abandono por persona no especificada. Y07 otros síndromes de maltrato a Y079 otros síndromes de maltrato por persona no especificada. Y09 agresión por medios no especificados a Y099 agresión por medios no especificados: lugar no especificado	
Código del CMGPC:	GPC-SS-294-18	
TÍTULO DE LA GPC		
Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años, con énfasis en violencia sexual		Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	
Mujeres de 12 a 59 años	Médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, odontólogos, proveedores de servicios de salud, psicólogos/ profesionistas de la conducta no médicos, técnicos en enfermería, trabajadores sociales, enfermeras generales, enfermeras especializadas, estudiantes	Primero, segundo y tercer niveles de atención
PROMOCIÓN		
Se dispone de información accesible como folletos sobre violencia contra las mujeres, con lenguaje comprensible así como lenguas indígenas o lenguaje especial		
PREVENCIÓN		
Se promueven los programas de psicoeducación brindando estrategias saludables de crianza		
Se promueven las intervenciones que ayuden a deconstruir los roles y estereotipos de género		
DIAGNÓSTICO		
Se preguntó sobre la exposición a la violencia cuando se presentaron indicadores en las usuarias		
Se identifican factores de riesgo o indicadores de violencia, para posteriormente aplicar el instrumento de detección y la entrevista dirigida para detectar violencia		
TRATAMIENTO		
Se realizó una historia clínica completa, registrando los eventos de violencia y los datos que ayuden a determinar qué acciones e intervenciones son las más apropiadas		
PRONÓSTICO		
Los psicoterapeutas, incluyeron en su práctica profesional la perspectiva de género y desde esta postura, preguntan y reflexionan acerca de su propia historia, la de su familia y sus creencias respecto al género		
Se preguntó a las personas sobrevivientes de violación sexual, qué efectos emocionales y psicológicos presentan debido a la violación, además se les brindó orientación y apoyo para el afrontamiento de los mismos		
RESULTADOS		
Total de recomendaciones cumplidas (1)		
Total de recomendaciones no cumplidas (0)		
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)		
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado		
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)		
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)		

3 Glosario

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

Afección principal: situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante

Agresor: persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres

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

Anticoncepción de emergencia o urgencia (AE): se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia

Atención de primera línea o primer contacto: atención que se brinda en las unidades de primer y segundo nivel de atención en las cuales se realizan actividades de detección activa, diagnóstico oportuno, evaluación del riesgo, orientación, consejería, referencia, seguimiento y registro de usuarias en situación de violencia

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

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

Autoridades competentes: persona o institución facultada legalmente para definir o realizar acciones en virtud de la función legal que tienen

Causas externas: clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, debe describirse tanto la naturaleza de la afección como la de las circunstancias que la originaron

Compañero íntimo: esposo, compañero cohabitante, novio, enamorado, amante, exesposo, excompañero, exnovio, exenamorado o examante

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

Consentimiento médico informado: documento escrito, signado por la o el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para la o el paciente. Es un documento mediante el cual se garantiza que la persona ha expresado voluntariamente su intención de tener las evaluaciones y los procedimientos médicos necesarios, después de haber comprendido la información proporcionada acerca de los objetivos del examen, los beneficios, los riesgos y complicaciones, así como las directrices a seguir

Consulta de primera vez: atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad

Daño: Detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad. Delito consistente en causar un daño físico o psíquico a alguien

Daños a la salud: consecuencias sobre la salud, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud

Debriefing: puede entenderse como una técnica de intervención que promueve revivir el incidente, es una herramienta de sostén psicológico o técnica, considerada una intervención psicológica breve, principalmente utilizada en crisis (urgencias y desastres), frecuentemente útil en la prevención del trastorno de estrés post traumático

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

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: terapia que conlleva a procedimientos estandarizados consistentes en centrarse simultáneamente en lo siguiente: a) las asociaciones espontáneas de las imágenes traumáticas, los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas, y b) una estimulación bilateral, por lo general en forma de movimientos oculares repetitivos. A diferencia de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma, esta terapia se realiza sin descripciones detalladas del hecho, sin desafiar directamente las creencias y sin exposición prolongada

Detección (detección universal): evaluación en gran escala de grupos enteros de población, sin selección de ningún grupo en especial

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

Discriminación: toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional, y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género, las características sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo

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

Empoderamiento: consiste en ayudar a las mujeres a que tomen el timón de su propia vida y a que sean capaces de adoptar decisiones acerca de su futuro, como señala la teoría del empoderamiento de Dutton. Este autor considera que las mujeres maltratadas no están “enfermas”, sino que se encuentran en una “situación enferma”, y que en la respuesta es preciso demostrar comprensión y tener en cuenta las diferentes necesidades de apoyo, promoción y sanación. El empoderamiento es una característica clave de las intervenciones de promoción y de algunas intervenciones psicológicas (orientación breve).

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

Establecimientos del Sistema Nacional de Salud: unidad pública, privada o social, sea ésta fija o móvil, que presta servicios de salud, cualquiera que sea su denominación. Se consideran establecimientos del Sistema Nacional de Salud a las unidades médicas, establecimientos de apoyo, de asistencia social y unidades administrativas

Estereotipos: preconcepciones, generalmente negativas y con frecuencia formuladas inconscientemente, acerca de los atributos, características o roles asignados a las personas, por el simple hecho de pertenecer a un grupo en particular, sin considerar sus habilidades, necesidades, deseos y circunstancias individuales

Estilos de vida saludables: patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a una persona o grupo, que pueden afectar la salud de las mismas.

Evento más reciente de violencia: suceso que reporta la persona usuaria de los servicios de salud al momento de la consulta o que diagnostiquen la o el médico como la última ocasión en que fue objeto de violencia física, psicológica o sexual

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

Factores de riesgo psicosocial: aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos graves o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado

Grupos de apoyo: lazos establecidos entre personas, o entre personas y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones

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

Heteronormatividad: expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son, o deben ser, heterosexuales, o de que esta condición es la única natural, normal o aceptable; esto es, que solamente la atracción erótica afectiva heterosexual y las personas heterosexuales, o que sean percibidas como tales, viven una sexualidad válida éticamente, o legítima, social y culturalmente.

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

Igualdad de género: se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres y los hombres, y las niñas y los niños. La igualdad no significa que las mujeres y los hombres sean lo mismo, sino que los derechos, las responsabilidades y las oportunidades no dependen del sexo con el que nacieron. La igualdad de género supone que se tengan en cuenta los intereses, las necesidades y las prioridades tanto de las mujeres como de los hombres, reconociéndose la diversidad de los diferentes grupos de mujeres y de hombres

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

Indicadores de violencia psicológica*: síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros; o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros

Indicadores de violencia sexual*: síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual

Interseccionalidad: herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades, nos ayuda a comprender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades

Intervenciones psicológicas: consisten en orientación formal, psicoterapia o una diversidad de técnicas psicológicas ofrecidas por una persona capacitada en estas intervenciones. Se aplican a grupos de personas del mismo sexo o grupos mixtos, a parejas o a individuos. Pueden adoptar diversas formas; las más comunes son las psicoterapias catalogadas en términos generales como cognitivas conductuales (véanse terapia cognitiva conductual y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares).

ITS: Infección de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

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

Normatividad aplicable: en materia de violencia contra las mujeres dentro de los servicios de salud son considerados los siguientes instrumentos: la Ley General de Salud, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Ley General de Víctimas y la NORMA NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, además de otras leyes y normas vinculados a este problema de salud. Su observancia es obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de

Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Notificación obligatoria: legislación de algunos países o estados que requieren que las personas, o ciertas personas designadas, por ejemplo, los proveedores de servicios de salud, notifiquen (generalmente a la policía o a las autoridades del sistema judicial) todo incidente de violencia doméstica o violencia de pareja, real o presunta. En muchos países la notificación obligatoria se aplica principalmente al maltrato y al abuso de menores, pero en otros se ha hecho extensiva a la violencia de pareja

Persona con discapacidad: persona que presenta una o varias deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, ya sea de naturaleza temporal o permanente, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas

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

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

Prevención primaria: medidas y actividades tendientes a la promoción y protección de la salud. Tiende a disminuir la incidencia de enfermedad evitando la aparición de enfermedad y a fomentar el mantenimiento de la salud.

Prevención secundaria: medidas y actividades tendientes a restaurar la salud, toda vez que ésta se haya perdido. Tiende a disminuir la prevalencia de la enfermedad acortando la duración de la misma.

Prevención terciaria: medidas y actividades tendientes a reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad ya establecida mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades, minimizar el sufrimiento y facilitar la adaptación de los pacientes a su entorno; es un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora. La prevención terciaria implica una atención médica de buena calidad y es difícil de separar del propio tratamiento de la enfermedad.

Primeros auxilios psicológicos: acciones que permiten a la mujer en estado de crisis emocional, recuperar un nivel de funcionamiento que permita mitigar el estado de angustia y recuperar el control

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

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

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

Resumen clínico: documento elaborado por un médico o médica, en el cuál se registrarán los aspectos relevantes de la o del paciente, el contenido deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Roles de género: conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Si bien, existen variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, la dicotomía masculino-femenina condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas

Salud sexual: estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre, es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. Requiere de un enfoque positivo y respetuoso de las distintas formas de expresión de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de ejercer y disfrutar experiencias sexuales placenteras, seguras, dignas, libres de coerción, de discriminación y de violencia.

Gravedad de la violencia: escala para medir la violencia hacia las mujeres que permite establecer una dimensión del daño emocional y físico de las acciones violentas perpetradas en contra de las mujeres. Se clasifica en: violencia moderada, grave y extrema. Ver cuadro correspondiente.

Servicios de intervención en casos de crisis: los que ofrecen el apoyo de especialistas, la promoción, orientación e información de manera confidencial, en un ambiente seguro y libre de amenazas.

Servicios especializados de atención a la violencia: servicios para la atención de la violencia contra las mujeres, brindados por un quipo de salud multidisciplinario (personal de medicina, de enfermería, psicología, trabajo social y especialistas) adscrito a unidades de salud con capacidad resolutoria de atención orientada a la atención médico quirúrgica de lesiones leves y graves, tratamiento de la violencia sexual y atención psicológica especializada, los cuales deberán ofrecer una atención integral para daños físicos y psicológicos, así como urgencias médicas y deberán cubrir servicios médicos ambulatorios, de hospitalización y urgencias, así como servicios psicológicos, de consejería, acompañamiento y rehabilitación

Terapia cognitiva conductual: se basa en la idea de que los pensamientos no son factores externos como las personas o los eventos, sino que dictan los propios sentimientos y comportamientos. Las personas pueden tener pensamientos poco realistas o distorsionados que, si no se revisan, podrían conducir a comportamientos poco útiles. Esta terapia tiene un componente cognoscitivo (ayudar a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y desafiar pensamientos

negativos poco realistas) y un componente conductual. Varía de acuerdo con los problemas de salud mental específicos de cada persona.

Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma: intervenciones cognitivas conductuales que se centran en el evento traumático (por ejemplo, mediante una exposición imaginada o vivida, o el desafío de cogniciones desadaptativas relacionadas con el suceso y sus secuelas)

Tipos de violencia contra las mujeres: de acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2015) existen diferentes tipos de violencia: Violencia psicológica, física, patrimonial, económica, y sexual

Trata de personas: se presenta cuando una persona promueve, solicita, ofrece, facilita, consigue, traslada, entrega o recibe, para sí o para un tercero, a una persona, por medio de la violencia física o moral, el engaño o el abuso de poder, para someterla a explotación sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, servidumbre, o a la extirpación de un órgano, tejido o sus componentes

Usuaria o usuario: persona que requiere y obtiene la prestación de servicios de atención médica

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

Victimización secundaria: también doble victimización o revictimización es aquella que se produce cuando de manera inicial se le han afectado unos derechos a una persona y como consecuencia de la exposición o experiencia derivada del delito inicial, la persona vuelve a sufrir la afectación de sus derechos. Hace referencia a la mala o inadecuada atención que reciben las mujeres víctimas de violencia por parte del extenso entramado de instituciones sociales. Las características y condiciones particulares de la víctima no podrán ser motivo para negarle su calidad. El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición y ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos, ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos (LGV art 5°)

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

Violencia contra las mujeres: cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público (LGAMVLV, 2018):

a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no, que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer

b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona

Violencia física: cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto, que pueda provocar o no, lesiones ya sean internas, externas, o ambas

Violencia económica: toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral (LGAMVLV, 2018)

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

Violencia psicológica: cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones,

devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio

Violencia sexual: cualquier acto que degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto (LGAMVLDV, 2018). Se manifiesta como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (NOM-046) Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (OMS, 2017)

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

Violencia de pareja: ejercicio de poder, en el cual, a través de acciones u omisiones, se daña o controla contra su voluntad a aquella persona con la que se tiene un vínculo íntimo de pareja, ya sea de noviazgo (relación amorosa mantenida entre dos personas con o sin intención de casarse y sin convivir), matrimonio (relación de convivencia y mutuo apoyo entre dos personas legalmente instituida y que suele implicar un vínculo amoroso) o cohabitación (relación amorosa entre dos personas que conviven con o sin intención de casarse y que puede tener un reconocimiento legal distinto al matrimonio) (Fuensanta López Rosales, 2013); o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. (OMS, 2017)

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana agente causal del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA)

Violencia laboral: Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad.

**Debidos a violencia familiar, sexual y contra las mujeres*

4 Bibliografía

1. Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2014.
2. Adrian Boyle. Best Practice Guideline. Management of Domestic Abuse. The Royal College of Emergency Medicine. First published in June 2010, revised March 2015
3. Balanza M P, Bonilla Rasines, Eduardo, Cámara Meseguer, Josefina. Canovas Cuenca, Sergio, Díaz García, Isidora, Garriga Puerto, Ascensión, González Matas, Juana Ma. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía práctica clínica, servicio Murciano de salud. Edición 2010-09-17
4. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, AAP COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. Pediatrics. 2017;139(3):e20164243
5. Domestic violence and abuse: multiagency working NICE. Evidence-based recommendations on multi-agency partnerships responding to domestic violence and abuse in adults and young people. Public health guideline Published February 2014
6. Donna E Stewart, Harriet MacMillan; Nadine Wathen. Intimate Partner Violence. The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 58, No 6. December 13, 2012.
7. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, 2017. Buenas prácticas para prevenir y eliminar la violencia sexual contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos Programa Global Ciudades y Espacios Públicos Seguros para Mujeres y Niñas Derechos Reservados. Primera edición: 2017. ISBN: 978-1-63214-079-1.
8. Espinosa A. Carlos, Montoya R. I, Verónica Navarro Benítez. Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres en México. Centro de Justicia para las Mujeres, Primera edición: México, 2012
9. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (2005). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>
10. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women, International Journal of Gynecology and Obstetrics 2014
11. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, México: Censida/Secretaría de Salud, 2018 [Última actualización de la versión electrónica: 16 de mayo de 2018] Octava edición 2018, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/326631/Gu_a_ARV_2018.pdf fecha de consulta 09 de octubre de 2018.
 - a. H. Congreso de la Unión. LIX Legislatura. Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. México.
12. Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la violencia contra la mujer http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf;jsessionid=17C5C860A836ECAD0B9549EADD4F7806?sequence=1
13. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016). INEGI. Boletín de Prensa. 2017. 1 de agosto de 2018. Núm. 379/17. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
14. INSP. Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI 2008). Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. 2008. 1 de agosto de 2018. Págs. 1-123. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/657-encuesta-de-salud-y-derechos-de-las-mujeres-indigenas-ensademi-2008.html>

15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) 2013. Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2013. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2013, Encuestas, 2011.
16. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 mayo. 109 (2): 85-92. doi: 10.1016 / j.ijgo.2010.02.001
17. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture August, Identifying survivors of torture and assessing their health needs 2010. First Edition
18. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
19. OMS <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/es/> y <http://www.paho.org/violence> dentro de estos enlace se encuentran diferentes documentos que fueron utilizados
20. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. 2015. 1 de agosto 2018.
21. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
22. Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016
23. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres Qué hacer y cómo obtener evidencias. World Health Organization, 2011
24. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: resumen Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas 23 de noviembre de 2017
25. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, RESUMEN
26. Violencia contra la mujer, notas descriptivas 29 de noviembre de 2017, Departamento de salud reproductiva de la OMS.
27. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS, 2014. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. ISBN 978-92-75-11718-7
28. Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013; 158:478-486.
29. México. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. Última Reforma DOF 13-04-2018. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

5 Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de la **Secretaría de la Defensa Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **INER, CNEGSR, Tecnológico de Monterrey y del DIF**, que participaron en los procesos de **validación y verificación** su valiosa colaboración en esta guía.

6 Comité Académico

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC)

Dr. Francisco Ramos Gómez *Director General*

Dr. Jesús Ojino Sosa García *Director de Integración de GPC*

Dr. Arturo Ramírez Rivera *Subdirector de GPC*

Dra. Violeta Estrada Espino *Departamento de validación y normatividad de GPC*

Dr. Jorge Alberto Guadarrama Orozco *Coordinador de guías de medicina interna*

Dr. Miguel Patiño González *Coordinador de guías de medicina interna*

Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido *Coordinadora de guías de ginecología y obstetricia*

Dr. Joan Erick Gómez Miranda *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Christian Fareli González *Coordinador de guías de cirugía*

Dra. Lourdes Amanecer Bustamante Lambarén *Coordinadora de guías de pediatría*

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa *Investigación documental*

Dr. Pedro Nieves Hernández *Subdirector para la gestión de GPC*

Dra. Maricela Sánchez Zúñiga *Departamento de apoyo científico para GPC*

7 Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Barrera Fortoul
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Mtro. Carlos Alberto Treviño Medina
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Dr. Jorge Salas Hernández
Director General

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Div. DEM. Roberto Francisco Miranda Moreno
Jefe del Estado Mayor Presidencial

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. María Arizmendi González
Titular de la Unidad de Atención al Derechohabiente IMSS

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. José Saturnino Medésigo Micete
Subdirector de Atención al Derechohabiente ISSSTE

8 Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

	Dr. José Meljem Moctezuma	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Mtro. Antonio Chemor Ruíz	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dr. Isidro Ávila Martínez	Titular
	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General Gral. Bgda. D.E.M. M.C. José Luis Ojeda Delgado	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. Jorge Guerrero Aguirre	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Mtro. José Luis García Espinosa	Titular
	Director General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dra. María Virginia Rico Martínez	Titular
	Directora General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. Onofre Muñoz Hernández	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dr. Adolfo Martínez Valle	Titular
	Director General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud Dr. Francisco Ramos Gómez	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Dr. César Humberto Franco Mariscal	Titular 2018-2019
	Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango Dr. Carlos de la Peña Pintos	Titular 2018-2019
	Secretario de Salud del Estado de Guerrero Dra. Mónica Liliana Rangel Martínez	Titular 2018-2019
	Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de San Luis Potosí Dr. Armando Mansilla Olivares	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México Dr. Jesús Tapia Jurado	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Dr. Julio César Gómez Fernández.	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Dr. Carlos Dueñas García	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica	