

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VIOLÉNCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES



Manual desarrollado por la *Asociación Italiana de Mujeres para el Desarrollo –AIDOS–* en el marco del proyecto liderado por la ONG *Movimiento por la Paz –MPDL– Volunteering Capacities Matter: strengthening organizational capacities for a suitable humanitarian volunteering management* co–financiado por la iniciativa europea *EU Aid Volunteers*. Esta publicación refleja solo las opiniones de las autoras, y la Unión Europea no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en este documento.

Autoras: Luisa Kislinger y Magdymar León
Coordinación y revisión: Paloma Vivaldi Vera
Febrero de 2019

Parte 1. Derechos sexuales y reproductivos.....9

Módulo 1. Marco teórico: salud sexual y reproductiva10

1.1 Sexo, sexualidad, reproducción y género10

1.1.1 Sexo y género ¿son iguales?10

1.1.2 Sexualidad12

1.1.3 Reproducción13

1.2 Salud Sexual y Reproductiva en contextos de Crisis Humanitaria14

1.3 Transversalización de los derechos sexuales y reproductivos en proyectos de desarrollo.....15

Módulo 2. Marcos jurídicos nacionales e internacionales17

2.1 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos17

2.1.1 Derecho a la Vida.....17

2.1.2 Derecho a la Salud18

2.1.3 Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales.....19

2.1.4. Derecho a decidir el número e intervalo de hijos/as.....20

2.1.5. El derecho a la privacidad.....20

2.1.6 Derecho a la igualdad y a la no discriminación21

2.1.7. Derecho al matrimonio y a fundar una familia.....21

2.1.8 Derecho al empleo y a la seguridad social.....23

2.1.9 Derecho a la educación23

2.1.10 Derecho a la información adecuada y oportuna24

2.1.11 Derecho de las mujeres a una vida libre de violencias24

2.1.12. Derecho a disfrutar del progreso científico.....26

2.2 Marcos Jurídicos Internacionales.....26

2.3. Marcos Jurídicos Nacionales.....28

2.3.1 Colombia28

2.3.2 Nicaragua.....31

2.3.3 Guatemala.....32

MÓDULO 3. Intervenciones en salud sexual y reproductiva35

3.1. Derechos sexuales y reproductivos para adolescentes35

3.1.1 Educación integral de la sexualidad35

3.1.2 Acceso a servicios y métodos anticonceptivos.....39

3.2 Salud materna, neonatal y abortos47

3.2.1 Nutrición y salud materno-fetal.....47

3.2.2 Identificación de necesidades obstétricas urgentes.....49

3.2.3 Asesoría y atención pre y post aborto52

3.2.4 Lactancia materna53

3.2.5. Higiene sexual.....56

3.3 Planificación familiar.....57

3.4 Prevención del VIH/SIDA y las ITS62

3.4.1 Infecciones de transmisión sexual.....62

3.4.2 Planificación de programas integrales de ITS y VIH/SIDA64

3.4.3 Suministro de condones y tratamiento.....	66
3.5 Mecanismos de coordinación y derivación.....	68
Módulo 4. Caja de herramientas	70
Herramienta 1: métodos anticonceptivos:	
características y pautas específicas para la asesoría a personas adolescentes.....	70
Herramienta 2: uso correcto del condón masculino y femenino	73
Herramienta 3: Técnica de lactancia	74
Herramienta 4: 15 pasos para reducir las ITS.....	75
Rerefencias bibliográficas	76

Parte 2. Violencias por razón de género contra las mujeres 85

Módulo 1. La perspectiva de género en violencia	86
1.1 Cultura patriarcal, relaciones de poder y violencia.....	87
1.2 Definición de violencia de género contra la mujer.....	88
1.3 El Modelo Ecológico: La violencia de género contra la mujer como fenómeno polifacético	89
1.4 Tipos de violencias	92
1.5 Dinámica de la violencia: ciclo de la violencia, factores que dificultan la ruptura.....	94
1.6 Mitos y realidades de las violencias de género contra la mujer	95
1.7 Consecuencias de las violencias de género contra la mujer.....	96
1.8. Transversalización de la temática de violencia de género contra la mujer en proyectos de desarrollo	99
Módulo 2. Marco jurídico de las violencias de género contra la mujer	100
2.1 Violencias de género contra la mujer como asunto de Derechos Humanos	101
2.2 Marcos Jurídicos Nacionales	102
2.2.1 Colombia.....	102
2.2.2 Nicaragua	104
2.2.3 Guatemala	106
Módulo 3. Atención integral a las violencias por razón de género contra las mujeres	109
3.1 ¿De qué se trata la atención integral?.....	109
3.2 Identificación y gestión de casos ¿Qué hacer y qué no hacer?.....	111
3.3 Atención social y mecanismos basados en la comunidad.....	116
3.3.1 Objetivos de la atención social.....	116
3.3.2 Abordaje individual	118
3.3.3 Abordaje comunitario, sensibilización y concienciación social.....	120
3.4 Atención psicológica	121
3.4.1 Objetivos de la atención, evaluación e informes psicológicos	121
3.4.2 La resiliencia como concepto clave para un nuevo abordaje	123
3.4.3 Atención a niños y niñas	124
3.4.4 Espacios amigables para la niñez y adolescencia.....	128

3.5 Atención médica.....	129
3.5.1 Objetivos de la atención en salud	129
3.5.2 Detección y atención médica.....	129
3.5.3 Certificación médica.....	130
3.6 Atención legal	131
3.6.1 Objetivos de la atención legal.....	131
3.6.2 Acompañamiento en el proceso de denuncia	131
3.7 ¿Cómo adoptar un enfoque diferencial?.....	133
3.8 Mecanismos de coordinación y derivación	136

Módulo 4. Caja de herramientas	138
Herramienta 1: sugerencias de preguntas	
basadas en la resiliencia para la entrevista clínica de la mujer que sufre malos tratos.....	138
Herramienta 2: recomendaciones para	
la creación de espacios amigables en situaciones de emergencia y desastres.....	139
Herramienta 3: preguntas frecuentes	
de integrantes de equipos de salud sobre el trabajo con mujeres que han sufrido violencia.....	140
Herramienta 4: atención personalizada en violencia de género a mujeres con discapacidad.....	142

Referencias bibliográficas	147
---	------------



PARTE 1. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

MÓDULO 1. MARCO TEÓRICO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con el ejercicio de la propia 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.

La salud sexual y la salud reproductiva son conceptos íntimamente relacionados, pero no significan lo mismo. La salud reproductiva involucra la ausencia de enfermedad del sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, pero también abarca el disfrute de una vida sexual placentera y la capacidad de regular y decidir libremente asuntos relacionados con la procreación.

En este módulo abordaremos los conceptos necesarios para comprender las interrelaciones entre todos éstos elementos y sus implicaciones concretas en la vida de las personas.

1.1 Sexo, sexualidad, reproducción y género

Para comprender claramente la temática de salud sexual y reproductiva, es necesario detenernos en algunos conceptos básicos indispensables como son sexo, género, sexualidad y reproducción.

1.1.1 Sexo y género ¿son iguales?

Etimológicamente, la palabra “sexo” proviene del latín sexus, que significa separar o dividir, implicando con ello la división y clasificación en machos y hembras a partir de sus características biológicas, tales como los genitales (pene en los hombres, vagina en las mujeres), o por el tipo de gameto que producen (espermatozoides en aquellos, óvulos en estas) (González Escobar, González-Arratia, López-Fuentes y Valdez medina, 2016). Al hablar entonces de sexo, nos referimos a las características físicas y biológicas con las que nacemos las personas.

Por su parte, el género tiene que ver con las expectativas sociales y las funciones asignadas a las personas conforme a su sexo biológico.

El género es una construcción social de lo que significa ser mujer o ser hombre. La antropóloga Marta Lamas (1996) lo define como el conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino.

Es importante recalcar que cuando hablamos de género no estamos hablando exclusivamente de mujeres o de asuntos de mujeres, error este que se comete a menudo. Por el contrario, el género se refiere a las relaciones sociales entre los sexos. Así pues, mientras el sexo alude a lo biológico, el género atañe lo social y simbólico (Lamas, 1996).

Para ilustrar la diferencia entre ambos conceptos, imaginemos por un momento que tenemos a dos bebés recién nacidos en el retén de la maternidad que corresponden al sexo masculino y femenino respectivamente. Tanto la niña como el niño están arropados con mantas de color blanco. En esas circunstancias, es imposible distinguir al niño de la niña a menos que les veamos sin ropa y podamos hacer un reconocimiento de sus órganos genitales. Pero al observar a un bebé vestido de azul reconocemos de inmediato que se trata de un niño porque socialmente este color está asociado a lo masculino. Lo mismo ocurre con el color rosa el cual se sigue asociando a lo femenino.

Los colores son sólo un ejemplo de cómo se construye socialmente el género, que asigna lugares, pautas o expectativas de lo que es ser mujer u hombre en sociedad a partir de su sexo biológico, conduciendo a lo que llamamos los roles de género. Mujeres y hombres ciñen entonces sus comportamientos, actuaciones y hasta maneras de sentir a roles de género establecidos para cada cual.

Tradicionalmente se asocian ciertas actividades, actitudes, limitaciones o capacidades a mujeres u hombres:

- “Las mujeres son habladoras”
- “Las mujeres son emocionales”
- “Los hombres son fuertes”
- “Las mujeres no saben conducir”
- “Corres como una niña”
- “Compórtate como un hombre”

En el contexto de sociedades patriarcales, donde se reproducen relaciones desiguales de poder que colocan a la mujer en un lugar subordinado, lo femenino está reservado para el espacio privado mientras que lo masculino para el espacio público. Ello es producto de la división sexual del trabajo que asigna a las mujeres las labores de cuidado en el ámbito doméstico y a los hombres el trabajo de proveedores en el ámbito público. Conforme a esta distribución, los roles de género disponen lo que se consideran acciones “propias” de mujeres o de hombres. Por ejemplo, se cree que el hombre pertenece a la calle y la mujer está “biológicamente” inclinada a cuidar de otras personas. Los roles de género convierten las diferencias biológicas en diferencias sociales donde lo femenino es menos valorado que lo masculino.

Señala Huggins (2005) que a pesar de los avances de la ciencia y la tecnología persisten creencias que ligan a las mujeres a lo reproductivo, a ser seres no sexuadas o prostitutas, débiles y necesitadas de protección, y a los hombres como fuertes, sexuados, proveedores y protectores de las mujeres. A nivel simbólico mantenemos entonces creencias “míticas” que no reflejan los avances y cambios en la relación entre hombres y mujeres tanto en lo doméstico como en diversos ámbitos que van desde la educación a la política. Estos mitos se reflejan en los estereotipos de lo femenino y lo masculino que son la esencia detrás de los roles de género.

Tabla 1: Ejemplos de estereotipos de Género

MUJER	HOMBRE
Amargada	Hombre de Negocios
Chismosa	Aventurero
Ama de Casa	Proveedor
Compradora Compulsiva	Príncipe Azul
Celosa	Hombre de Familia
Objeto Sexual	Jefe
Cuidadora	Playboy
Engañosa/Vividora	Lógico/Racional
Mujer fácil	

Fuente: Elaboración propia

Estos estereotipos de género (Tabla 1) funcionan como moldes de las actuaciones de hombres y mujeres. Son construcciones culturales jerárquicas y dicotómicas que pretenden hacer ver a la mujer como un objeto pasivo, emotivo y débil, y a los varones como sujetos fuertes, activos, racionales, neutrales y universales. En esta división binaria de los sexos, todo lo positivo y superior aparece del lado de lo masculino y lo negativo e inferior del lado de lo femenino (Guerra, 2009).

Los roles y los estereotipos de género son aprendidos desde la infancia a través del proceso de socialización en el cual participan diversas instituciones como la escuela, la iglesia, la familia y los medios de comunicación. Por ello son internalizados y asumidos como mandatos en el desenvolvimiento y desarrollo de cada persona.

Pero el género también es relativo a la sociedad y al momento histórico en el cual se construye, y se relaciona además con la clase social, los grupos de edad y el origen étnico, entre otros. En tanto categoría para analizar las diferencias entre ambos sexos, el género también refleja los patrones culturales y religiosos que constituyen las pautas ideológicas para la acción cotidiana (Huggins, 2005).

1.1.2 Sexualidad

La sexualidad, en tanto realidad específicamente humana, va más allá de lo puramente físico para involucrar la historia sociocultural e individual de cada persona. En esta línea, la sexualidad es un concepto amplio que abarca no sólo la capacidad física para la excitación sexual y el placer, sino también los significados personales y sociales relacionados con el comportamiento y con la formación de las identidades sexuales y de género. Desde esta perspectiva, la sexualidad es un aspecto fundamental para el crecimiento personal, familiar y social. Es parte, además, del potencial humano y como tal “(...) es una fuerza vital, de dimensiones biológicas, sociales, personales y éticas, compleja y determinada por los acontecimientos sociales e históricos” (AVESA, 2002) La experiencia plena de la sexualidad integra lo biológico, lo cultural y lo afectivo en una sola vivencia.

La tradición cultural judeocristiana predominante en algunos lugares del mundo, tales como América Latina, produjo una visión moralista de la sexualidad, fuertemente influida por la religión y sus instituciones, donde las expresiones sexuales humanas han sido relacionadas con la depravación, la enfermedad y la decadencia moral. La sexualidad ha sido ampliamente estigmatizada, siendo asociada al desorden o vista como amenaza por largo tiempo, con lo cual la tendencia ha sido tomarla básicamente como un elemento a regular (Araujo & Prieto, 2008). La concepción predominante de la sexualidad es aquella reducida a la genitalidad y es experimentada como algo sucio o peligroso, e inclusive patológico. Y la sexualidad vivida como amenaza,

misterio o incomodidad, que genera vergüenza y ansiedad, desencadena comportamientos punitivos y condenatorios y crea una atmósfera de transgresión y de lo prohibido que produce efectos negativos a nivel social y personal (AVESA, 2002).

No obstante, los cambios sociales experimentados en el mundo a lo largo de las últimas décadas, particularmente aquellos relacionados con la condición jurídica y social de las mujeres, han resultado en una sexualidad cada vez menos vinculada meramente a la procreación y menos circunscrita al ámbito del matrimonio, produciendo así un quiebre con generaciones anteriores donde el ejercicio de la sexualidad era una práctica mucho más regulada por la sociedad (Moreno Standen, 2008). El lugar que hoy ocupan en la sociedad las mujeres ha significado un reconocimiento de su ciudadanía así como su salida del espacio doméstico y privado. Se incorporan entonces al espacio público a través del mercado laboral y el sistema educativo, y acceden a la posibilidad de regular su fecundidad con lo cual se produce la separación fundamental entre la sexualidad y la reproducción. Esta separación implica el empoderamiento de la mujer para controlar ambas, bien sea dentro o fuera de la pareja lo cual se traduce en no entrar en relaciones sexuales fuera de su voluntad, ser capaz de negociar prácticas sexuales que sean placenteras, y conseguir que los hombres practiquen el sexo seguro (Valdés, Gysling & Benavente, 1999).

Sin embargo, el empoderamiento de las mujeres en el ámbito de su sexualidad continúa dependiendo de una serie de presiones derivadas de resistencias a los cambios en las dinámicas de poder entre los géneros tanto fuera como dentro de la intimidad. Las principales presiones vienen de su pareja sexual, y de los significados y la importancia que ellas mismas le atribuyan a las necesidades y comportamientos sexuales de los hombres.

1.1.3 Reproducción

La reproducción es un proceso de base biológica que permite la creación de nuevos seres humanos, a través del cual se produce la fecundación en el cuerpo de la mujer gracias a la unión del óvulo y el espermatozoide. Anteriormente, el proceso reproductivo dependía exclusivamente de las relaciones sexuales pero los avances tecnológicos han permitido la procreación sin actividad sexual de por medio como en el caso de la reproducción asistida. De manera que hoy en día, la sexualidad y la reproducción pueden ser vistas como hechos independientes aunque íntimamente relacionados.

Sin embargo, la reproducción no es un hecho meramente biológico, sino que tiene implicaciones amplias en los diversos contextos sociales. Quizás el más importante es que, a partir de las diferencias biológicas, se ha levantado una división sexual del trabajo donde las labores reproductivas quedaron a cargo de las mujeres.

Esta idea ha sido cuestionada desde diversas corrientes feministas, partiendo de la premisa de que las prácticas de género en el ámbito de la reproducción no están ancladas a referentes biológicos, sino a aspectos, relaciones y significados sociales a los que ésta alude. Señala Marta Lamas (1996) que el problema de asociar a las mujeres con lo “natural” y a los hombres con lo cultural es que cuando una mujer no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, o cuando quiere ingresar al mundo público, se la tacha de “antinatural”. Agrega que “en cambio, los hombres se definen por rebasar el estado natural: volar por los cielos, sumergirse en los océanos, etcétera. A nadie le parece raro que el hombre viva en el ámbito público, sin asumir responsabilidades cotidianas en el ámbito doméstico, mientras que la valoración cultural de las mujeres radica en una supuesta “esencia”, vinculada a la capacidad reproductiva”. En el modelo tradicional de división sexual del trabajo donde el hombre es proveedor y la mujer reproductora, la sexualidad femenina queda subordinada a la reproducción en un contexto donde el placer de ellas es irrelevante y la pasividad es la conducta esperada.

Es importante mirar la reproducción desde una perspectiva de salud y de derechos donde las personas pueden decidir libre y responsablemente sobre asuntos relacionados con su sexualidad y reproducción, para lo cual deben contar con las condiciones mínimas para alcanzar una salud sexual y una salud reproductiva satisfactorias. En este contexto, se entiende la salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todo aquello que se relacione con el sistema reproductivo y el ejercicio de la sexualidad, tal y como quedó definido en el Programa de Acción del Cairo (ONU, 1994). Esta noción abarca el disfrute de una vida sexual placentera y sin riesgos, así como la libertad de decidir si procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Mantener la salud sexual y reproductiva entraña garantizar el acceso a información que permita la toma de decisiones y autoprotegerse de infecciones de transmisión sexual, y a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para regular la fertilidad. Y cuando se decida tener descendencia, las mujeres deben disponer de acceso

a servicios que les ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un/a bebé saludable.

1.2 Salud Sexual y Reproductiva en contextos de Crisis Humanitaria

En contextos de desastres naturales, conflictos armados y otras crisis humanitarias, a menudo las necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva son dejadas de lado para favorecer la provisión de acceso a agua potable, refugios y cuidados de salud básicos. Sin embargo, la falta de atención a la salud sexual y reproductiva puede tener consecuencias sociales y de salud devastadoras.

En estos contextos, la vulnerabilidad de las mujeres y niñas de ser objeto de violencias¹ aumenta. Lo mismo ocurre con las violencias sexuales. Los riesgos en materia reproductiva son también elevados dada la suspensión de servicios de salud reproductiva, planificación familiar, y manejo de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Según el UNFPA, en situaciones de crisis, existe la probabilidad de que una de cada cinco mujeres en edad fértil esté embarazada. Las mujeres y los y las jóvenes también se vuelven más vulnerables a la explotación y a la infección por VIH/SIDA, mientras que las necesidades de higiene de las mujeres y las niñas a menudo se descuidan (UNFPA, 2018). Por ello es importante garantizar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos de crisis humanitaria.

Durante las crisis, las respuestas en materia de salud sexual y reproductiva deben incluir los siguientes elementos:

- **Integración de servicios de salud sexual y reproductiva a estrategias de manejo de emergencias:** en contextos de crisis, asuntos relacionados con la salud reproductiva son una causa importante de morbilidad y mortalidad. La suspensión de servicios, información e insumos de salud reproductiva significa que aquellas personas que necesitan atención prenatal o la atención de un parto no serán atendidas y podrían hacer frente a consecuencias adversas. La ausencia de métodos anticonceptivos incidirá en embarazos no deseados, abortos

¹ Se hace uso del plural de la palabra “violencias” en este Manual para hacer notar que hay múltiples modalidades de violencia de género contra la mujer. Sin embargo, reconocemos que el debate en torno a éste uso del plural no está zanjado y que las referencias a la violencia de género contra la mujer en singular también son válidas.

practicados en condiciones inseguras y complicaciones de partos.

- **Métodos de planificación familiar:** en contextos de emergencia humanitaria, las personas no dejan de ejercer su sexualidad y desean evitar un embarazo en medio de una crisis donde la crianza puede ser un gran reto. En ocasiones también ocurre que son víctimas de explotación y violencias sexuales. En todos estos casos, es importante que en estos contextos de emergencia las personas cuenten con una variedad de métodos anticonceptivos tales como condones, pastillas, inyectables, anticoncepción de emergencia y dispositivos intrauterinos (DIU). Para ello también se debe contar con personal especializado, programas de educación en las comunidades, manejo logístico y de cadena de suministro, entre otros. La oferta de estos servicios permitirá prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, lo cual contribuye a una recuperación posterior a la crisis más eficiente, y ayuda a prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.
- **Higiene:** las necesidades particulares de higiene de mujeres y niñas suelen ser ignoradas en contextos de emergencia. Por ello, es necesario integrar la distribución de insumos para el manejo de la higiene menstrual, así como otros suministros requeridos por las circunstancias o los contextos culturales. Por ejemplo, el UNFPA distribuye un "kit de dignidad" en comunidades afectadas por desastres y conflictos donde se incluyen toallas sanitarias, jabón y ropa interior entre otros insumos. En lugares donde las mujeres y las niñas temen un asalto mientras viajan de noche a los baños, el UNFPA incluye linternas con baterías en los kits (UNFPA, 2018).
- **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA:** los riesgos de infección por VIH/SIDA y otras ITS aumenta en contextos de crisis humanitarias por varias razones, incluyendo la interrupción de estructuras familiares y sociales, la interacción sexual con personal militar o humanitario, vulnerabilidad económica

de mujeres y jóvenes, las violencias sexuales y la coerción, la interrupción del tratamiento del VIH/SIDA y dificultades para acceder a los medicamentos, entre otros.

- **Violencias contra las Mujeres:** las emergencias humanitarias ponen a las mujeres y a las niñas en situación de vulnerabilidad ante las violencias en su contra. La alteración de las estructuras familiares y sociales, así como el estrés y las condiciones de alojamiento durante las crisis, hacen que las violencias contra las mujeres se hagan más comunes en estos contextos. Dichas violencias se pueden manifestar en forma de actos perjudiciales de orden físico o sexual tales como el abuso sexual, incluyendo de niños y niñas, la violación, la violencia en la pareja, el acoso sexual, el tráfico de mujeres y niñas, y prácticas tradicionales dañinas como la mutilación genital femenina (MGF).

1.3 Transversalización de los derechos sexuales y reproductivos en proyectos de desarrollo

Mundialmente se reconoce que la igualdad de género es un tema fundamental para el logro del desarrollo de los países. Lo mismo ocurre con los derechos sexuales y reproductivos, cuya centralidad en materia de programas y políticas de población y desarrollo fue reconocida a partir de la adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año 1994.

El nuevo pacto global para el desarrollo, conocido como la Agenda 2030, no sólo incorpora la temática de género de manera transversal, sino que entre los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) se encuentran el Objetivo 5 establecido con el fin de lograr la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas; y el Objetivo 3 que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos/as a todas las edades, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, en América Latina y el Caribe, el Consenso de Montevideo, adoptado en 2013, reconoce los derechos sexuales y los derechos reproductivos como parte integral de los Derechos Humanos.

Garantizar la incorporación de la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos en proyectos y programas de desarrollo se presenta, entonces, como un paso importante en el logro de la superación de las desigualdades y la plena incorporación de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad. Esto implica, necesariamente, tomar en cuenta las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes, y aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Un mayor acceso de niñas y mujeres de todas las edades a servicios de salud de calidad y accesibles, así como la garantía de derechos y de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva son elementos identificados como prioritarios dentro de las políticas de cooperación de la Unión Europea, incluidas en su plan de género y de empoderamiento de las mujeres para el período 2016-2020².

Algunos elementos a considerar en la formulación y ejecución de programas y proyectos son:

- ¿Fueron debidamente incorporadas las opiniones y voces de mujeres?
- ¿Quiénes son las mujeres beneficiarias? ¿Están en edad reproductiva?
- ¿Existen servicios de salud sexual y reproductiva en sus comunidades, incluyendo para adolescentes?
- ¿Tienen acceso a servicios, información y métodos de planificación familiar?
- ¿Qué tipo de apoyos tienen o requieren las mujeres beneficiarias en el ejercicio de labores de cuidado?
- ¿Existen recursos para la prevención y denuncia de violencias contra las mujeres, particularmente las violencias sexuales?
- ¿Existen servicios de apoyo y atención a víctimas de violencias?

² Al respecto ver el documento titulado: "Gender Equality and Women's Empowerment: Transforming the Lives of Girls and Women through EU External Relations 2016-2020".

MÓDULO 2. MARCOS JURÍDICOS NACIONALES E INTERNACIONALES

2.1 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son los mismos Derechos Humanos universalmente reconocidos pero interpretados desde la sexualidad y la reproducción. Se basan en la necesidad de las personas de reapropiarse de su cuerpo y la autodeterminación para el ejercicio de la sexualidad y la procreación. En tanto que seres sexuados, todas las personas somos titulares de derechos sexuales y reproductivos.

Inscritos en el ámbito del derecho a la salud, en principio, los derechos sexuales y reproductivos constituyen el marco ético que permite el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva. Pero también se inscriben en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, la libertad de pensamiento y conciencia, la libertad de expresión e información, además de estar íntimamente relacionados con otros derechos como el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, y a no ser objeto de torturas o tratos inhumanos o degradantes, entre otros (AVESA, 2015).

Aun cuando estos derechos se aplican a mujeres y hombres sin distinción, su reconocimiento es de particular importancia para las primeras. Especialmente porque apoya el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción, teniendo en cuenta que muchas no pueden decidir con libertad el tener relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos o tener hijos/as o no ya que sus parejas no lo consienten (Rodríguez, S/F). Decidir sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción implica poder y autonomía para las mujeres, pero también la exigencia de justicia y contribuye al ejercicio de ciudadanía en tanto titulares de derechos.

En definitiva, los derechos sexuales y reproductivos garantizan la convivencia y la armonía sexual entre todas las personas, así como el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible, y permiten que la sexualidad y la

reproducción se ejerzan con libertad y respeto a la dignidad humana.

Al no existir un instrumento internacional en el cual los Estados acuerden cuántos y cuáles Derechos Humanos están abarcados en la noción de los derechos sexuales y reproductivos, distintas organizaciones internacionales, gobiernos y ONGs regionales e internacionales han hecho su propia selección de cuáles derechos están implicados. Sin embargo, existe un acuerdo más o menos generalizado en torno a que son por lo menos 10 los Derechos Humanos comprendidos por los derechos sexuales y reproductivos. A los fines de este manual, identificamos que los derechos sexuales y reproductivos abarcan 12 Derechos Humanos señalados a continuación (Centro de Derechos Reproductivos, 2006; AVESA, 2015; Centro de Derechos Reproductivos-UNFPA, Sin Fecha):

1. Derecho a la Vida
2. Derecho a la Salud
3. Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales
4. Derecho a decidir el número e intervalo de hijos/as
5. El derecho a la privacidad
6. Derecho a la igualdad y a la no discriminación
7. Derecho al matrimonio y a fundar una familia
8. Derecho al empleo y a la seguridad social
9. Derecho a la educación
10. Derecho a la información adecuada y oportuna
11. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencias
12. Derecho a disfrutar del progreso científico

2.1.1 Derecho a la Vida

El derecho a la vida se deriva de la obligación más general de reconocer en toda persona su valor como ser humano y no como un objeto o instrumento. Pero también va más allá del simple hecho biológico de existir (Defensoría del Pueblo, PROFAMILIA, OIM, 2007). La vida humana se diferencia de la mera existencia de otros seres por la dignidad que lleva intrínseca, entendida ésta como creencias, valores, normas e ideales. Es responsabilidad de los Estados asegurar niveles de seguridad y condiciones de vida que permitan a las personas vivir con dignidad en ejercicio pleno de todos sus derechos, incluyendo el derecho a no morir por causas evitables. Desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos

este derecho implica que ninguna persona puede ser puesta en riesgo de muerte por el ejercicio de su sexualidad y por causas relacionadas con la reproducción. En este contexto, el derecho a la vida abarca también otros derechos (ver Tabla 2):

Tabla 2: Derecho a la Vida en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA VIDA
Derecho a no morir por causas relacionadas con el parto y el embarazo
Derecho a no morir por abortos clandestinos o inseguros
Derecho a no morir a causa de violencia de género contra la mujer
Derecho a no morir por causas relacionadas con el VIH/SIDA
Derecho a la vida, la libertad y a la seguridad de la persona sin distingo de su orientación sexual o identidad de género

Fuente: Elaboración propia

2.1.2 Derecho a la Salud

La salud no sólo es la ausencia de enfermedades sino el bienestar físico, psíquico y social de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define el derecho a la salud como “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

El goce pleno del derecho a la salud exige la existencia de un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Éste derecho está estrechamente relacionado con el disfrute de otros Derechos Humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca también la salud sexual y reproductiva, entendida como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1994).

Tenemos entonces que el derecho a la salud también comprende los siguientes derechos sexuales y reproductivos (ver Tabla 3):

Tabla 3: Derecho a la Salud en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA SALUD
Derecho a obtener información, servicios y métodos de planificación familiar de su elección (derecho a la autonomía reproductiva)
Derecho a recibir atención y servicios adecuados de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y que den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos/as sanos/as
Derecho a la atención y servicios médicos para todas las personas, en caso de enfermedad
Derecho a la no discriminación con base en el género en la prestación de servicios de salud
Derecho de niños, niñas y adolescentes a acceder a servicios de salud y de orientación en materia de salud sexual y reproductiva
El derecho a la privacidad y la confidencialidad en los servicios de salud
El derecho a educación sexual integral

Fuente: Elaboración propia.

2.1.3 Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales

La libertad es la facultad que poseen todas las personas sin distinción de actuar, pensar o tomar decisiones, según su propio parecer. Este derecho tiene diversas manifestaciones: la libertad de pensamiento, libertad de religión, libertad de expresión, libre desarrollo de la personalidad, libertad de asociación, libre circulación y libertad de conciencia (Defensoría del Pueblo, PROFAMILIA, OIM, 2007). El derecho a la libertad aplicado a la sexualidad y reproducción implica que toda persona es libre de decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y de su capacidad para reproducirse (PROFAMILIA, S/F). Esa libertad está limitada por el respeto a los derechos de las demás personas y por las normas, pues no es lícito hacer daño a los demás. Pero también abarca la libertad de pensamiento, opinión y expresión y el derecho a la asociación vinculada a la sexualidad, orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, sin

intromisiones o limitaciones basadas en las creencias culturales dominantes o ideología política, o en nociones discriminatorias del orden público, moralidad pública, salud pública o seguridad pública.

Al mismo tiempo, todas las personas tienen el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral y a vivir libres de riesgo y de cualquier tipo de violencia, intimidación o coerción que atente contra su libertad y bienestar físico, mental y emocional. Desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva este derecho se relaciona con la violencia contra las mujeres y el derecho de las personas a no estar sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes ni a explotación (AVESA, 2015). Así, se tiene que el derecho a la libertad, seguridad e integridad personales abarca entonces también (ver Tabla 4):

Tabla 4: Derecho a la Libertad, Seguridad e Integridad Personales en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA LIBERTAD, SEGURIDAD E INTEGRIDAD PERSONALES
Derecho a tener relaciones sexuales o no, cuándo, con quién y cómo
Derecho a expresar la orientación o preferencia sexual, y de escoger una pareja
Derecho a la atención y servicios médicos en caso de enfermedad
Derecho a decidir ser madre o no, incluyendo mujeres con VIH/SIDA u otra condición de salud
Derecho a decidir someterse a tratamientos o intervenciones quirúrgicas que tengan consecuencias sobre la vida sexual o reproductiva
Derecho a decidir hacer uso de métodos anticonceptivos y a escoger un método específico
Derecho de todas las personas a no ser sometidas a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes en razón de su sexo, orientación sexual o identidad de género
Derecho de las mujeres a una vida libre de todo tipo de violencias

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.4. Derecho a decidir el número e intervalo de hijos/as

Este derecho es también conocido como el derecho a la autonomía reproductiva, el cual está implícito en el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el artículo 7 de la Convención Americana de Derechos Humanos incluido en el derecho a la libertad (comentado más arriba). Por su parte, la CEDAW establece que todas las mujeres tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos/as y el intervalo entre ellos/as, y tener al mismo tiempo acceso a la información, educación y a los medios necesarios que les permitan el ejercicio de estos derechos (ONU, 1979).

La vulneración de este derecho se manifiesta a través de:

- La obstaculización de los medios para el control informado y libre de la fecundidad de las mujeres tales como la falta de servicios e información en métodos de planificación familiar y la insatisfacción de la demanda y la ausencia de métodos anticonceptivos, y la imposición de métodos anticonceptivos sin consentimiento de la mujer afectada, incluyendo esterilizaciones forzadas;
- La restricción del derecho al aborto;
- Las violencias sexuales a través de la intimidación, coacción, incesto, prostitución forzada, explotación, violación sexual y todo ejercicio de poder para conseguir el dominio sexual lo cual imposibilita a las mujeres ejercer su derecho a decidir cuándo quedar embarazada.

En este derecho se incluyen también el derecho a vivir una vida libre de violencias, particularmente de naturaleza sexual, la cual en el caso de mujeres, niñas y adolescentes se vincula con el derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales.

2.1.5. El derecho a la privacidad

Todas las personas tienen derecho a no ser sujetas a la interferencia de su privacidad, incluyendo en el ejercicio de su autonomía sexual y su autonomía reproductiva. Este derecho se extiende al derecho de que no sea divulgada información relacionada con sus decisiones sexuales y reproductivas y con información sobre condiciones de salud física, mental y emocional. En el entorno sanitario, comprende el derecho de las personas a que la información que se derive de la consulta, el diagnóstico y la evolución de las y los pacientes se maneje en estricta confidencialidad (AVESA, ACCSI, Aliadas en Cadena, 2015).

El derecho a la privacidad e intimidad es inherente al concepto de dignidad de las personas, quienes tienen el derecho de divulgar o no información sobre su vida y su salud. Por ejemplo, obligar a una persona

a divulgar que ha contraído VIH/SIDA o que se ha practicado un aborto le pudiera exponer a conductas discriminatorias y agresiones.

Conforme a los “Principios de Yogyakarta” sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género

adoptados en el año 2007, todas las personas, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tienen derecho a la privacidad y a la protección contra ataques ilegales a su honra y reputación. Este derecho abarca (ver Tabla 5):

Tabla 5: Derecho a la Privacidad en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA PRIVACIDAD
Derecho de las mujeres víctimas de delitos sexuales a su dignidad e intimidad en el manejo de información
Derecho a que no se revele información relacionada con mujeres que se someten a la interrupción voluntaria de embarazos
Derecho a que la información médica de las personas no sea divulgada, particularmente aquella relacionada con el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual
Derecho a no revelar información con la propia orientación sexual o identidad de género
Derecho a no revelar decisiones relativas al propio cuerpo o a relaciones sexuales

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.6 Derecho a la igualdad y a la no discriminación

La igualdad es el derecho de todos los seres humanos de gozar los mismos derechos, beneficios y posibilidades que otras personas, sin distinción de su sexo, orientación sexual, edad, etnia, nivel económico o social. Pero no se debe confundir igualdad con uniformidad. Aunque mujeres y hombres gozamos de los mismos derechos y oportunidades, el Estado está comprometido en adoptar medidas temporales que favorezcan a grupos de personas que históricamente han sido discriminadas o marginadas en razón de su origen étnico, sexo, orientación sexual o identidad de género, clase social, nacionalidad, entre otras, a fin de eliminar paulatinamente barreras, prejuicios, normas y prácticas que hacen que la igualdad no sea real y efectiva (Defensoría del Pueblo, PROFAMILIA, OIM, 2007).

La Observación N°18 del Comité de Derechos Humanos define la discriminación como:

“(…) toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los Derechos Humanos y libertades fundamentales de todas las personas” (Comité de Derechos Humanos, 1989).

La CEDAW establece que la discriminación:

“(…) denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (ONU, 1979).

Cuando analizamos este derecho en relación a los derechos sexuales y reproductivos, vemos que el mismo comprende (ver Tabla 6, siguiente página).

2.1.7. Derecho al matrimonio y a fundar una familia

Como ya hemos visto, las personas tienen derecho a la autonomía reproductiva y todo lo que ella implica en la conformación de una familia. En el derecho al matrimonio y a fundar una familia también entran en juego la responsabilidad y los derechos de padre y madre con hijos e hijas a fin de evitar imponer una carga de trabajo injusta a la mujer, y el derecho de la mujer a decidir el intervalo de tiempo entre embarazos así como el número de ellos, algo que no puede ser impuesto ni por el cónyuge, el padre, la pareja o el gobierno, independientemente del estado civil de la mujer (AVESA, 2015).

Tabla 6: Derecho a la Igualdad y a la No Discriminación en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN
Derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y la salud sexual y reproductiva
Derecho a la no discriminación de las mujeres en base a su etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, condición socio-económica, estado civil, origen nacional o edad
Derecho a la no discriminación de las personas con VIH/SIDA
Derecho a la no discriminación por embarazo o por interrupción voluntaria de embarazo
Derecho a la igualdad de derechos y deberes en el matrimonio y en las relaciones familiares

Fuente: Elaboración Propia.

Los “Principios de Yogyakarta”³ también reconocen el derecho de todas las personas a formar una familia sin distingo de su orientación sexual o identidad de género. En el análisis de este derecho desde la óptica de los derechos sexuales y reproductivos, observamos que abarca (ver Tabla 7):

Tabla 7: Derecho al Matrimonio y a fundar una Familia en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO AL MATRIMONIO Y A FUNDAR UNA FAMILIA		
Derecho de las mujeres a decidir sobre su autonomía reproductiva en igualdad de condiciones y sin discriminación y a contar con los servicios, información y métodos necesarios para ello	Derecho a contraer o no contraer matrimonio y a disolverlo	Derecho a tener capacidad y edad para contraer matrimonio y fundar una familia

Fuente: Elaboración Propia

³ Los Principios de Yogyakarta son aquellos relativos a la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, adoptados en 2006.

2.1.8 Derecho al empleo y a la seguridad social

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, el derecho al empleo y a la seguridad social implica la eliminación

de la discriminación en el ámbito laboral en razón de sexo, condición de salud, orientación sexual o identidad de género. Aquí se incluyen (Tabla 8):

Tabla 8: Derecho al Empleo y a la Seguridad Social en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO AL EMPLEO Y A LA SEGURIDAD SOCIAL
Derecho a gozar condiciones de igualdad en el ámbito laboral
Derecho a la protección legal de la maternidad y la paternidad en el trabajo
Derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual
Derecho a no ser discriminada en razón de un embarazo o de la orientación sexual o identidad de género
Derecho a no ser despedida a causa de un embarazo
Derecho a la no discriminación laboral y disfrute de seguridad social por parte de personas con VIH/SIDA

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.9 Derecho a la educación

Según explica Alda Facio (citada por AVESA, 2015), el derecho a la educación tiene varios niveles de interrelación con los derechos sexuales y reproductivos. En un primer nivel, se tiene la relación entre educación y empoderamiento de las mujeres dentro de su familia y dentro de sus comunidades, que les permite tomar conciencia sobre sus derechos y acceder al mercado laboral en condiciones de mayor competitividad.

Un segundo nivel señala la importancia de la educación sobre salud sexual y reproductiva, la cual debe incluir información sobre los derechos sexuales y reproductivos, la prevención y control de factores de riesgo para una sexualidad y reproducción sanas, seguras y responsables, y sobre la posición de las diferentes religiones y culturas sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos. En este punto, es importante la educación en torno al ejercicio de la autonomía reproductiva de mujeres y hombres, y en el ejercicio responsable de la sexualidad y la paternidad y maternidad.

El tercer nivel de análisis atañe a la obligación de los Estados de proveer educación

sexual a adolescentes sin discriminación ni obstáculos por razones de género. Muy importante en este punto es el derecho de padres y madres, incluyendo en el contexto de familias homoparentales o monoparentales, a educar a sus hijos/as de acuerdo a sus convicciones. Igualmente, se debe garantizar a las adolescentes embarazadas la continuación de su educación.

Finalmente, las mujeres tienen los mismos derechos a la educación que los hombres en cuanto a acceso, igualdad de programas de estudios y opciones de carreras, entre otros, conforme a lo dispuesto por la CEDAW.

La educación sobre derechos sexuales y reproductivos debe abarcar también la elaboración de programas de concientización e información dirigidos a educar sobre las relaciones de género, y en especial sobre la repartición de las labores domésticas y de crianzas de hijos/as, así como las responsabilidades de planificación familiar.

De manera que, visto desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la educación abarca (ver Tabla 9):

Tabla 9: Derecho a la Educación en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA EDUCACIÓN
Derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute del derecho a la educación
Derecho a recibir educación sexual y reproductiva
Derecho a la educación sin discriminación hacia ninguna persona por motivos de orientación sexual e identidad de género y con el debido respeto por la diversidad sexual

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.10 Derecho a la información adecuada y oportuna

Todas las personas tienen derecho a información oportuna y adecuada sobre cómo funciona su cuerpo, los métodos de regulación de la fecundidad, las enfermedades y riesgos relacionados con la salud y la formas de evitarlos, las infecciones de transmisión sexual (ITS), los Derechos Sexuales y Reproductivos, y, en general, todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción humanas.

Un requisito primordial para ejercer los derechos sexuales y reproductivos es la información. Una información adecuada y oportuna nos permite tomar decisiones autónomas y responsables sobre nuestra vida sexual y nuestra reproducción incluyendo conocer los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de planificación familiar y las implicaciones del embarazo.

En este contexto destaca el derecho de las y los adolescentes a obtener información sobre sus derechos y su salud sexual y reproductiva. Aquí se incluye también (ver Tabla 10):

Tabla 10: Derecho a la Información adecuada y oportuna en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A LA INFORMACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA	
Derecho de las personas a recibir información clara sobre su estado de salud	Derecho de toda persona a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.11 Derecho de las mujeres a una vida libre de violencias

Todas las personas tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral y a vivir libres de riesgo y de cualquier violencia, intimidación o coerción que atente contra su libertad y bienestar sexual y corporal. Sin embargo, dada la discriminación histórica de las mujeres, este derecho es de gran relevancia y tiene profunda vinculación con el goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Los distintos tipos de violencias perpetrados en contra de las mujeres constituyen un obstáculo para su desarrollo individual, violan sus derechos y limitan sus libertades. Impiden además el desarrollo de sus capacidades y autonomía y limitan sus posibilidades de participación en la esfera pública.

- Distintos tipos de violencias como la sexual o la psicológica, la trata o las violencias físicas, pueden ser determinantes en la capacidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Por ejemplo, en Colombia, así como en muchos países de África y Asia, la MGF es una forma de violencia que afecta la vida y la salud de las niñas y mujeres, (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017). Según la OMS, la MGF se clasifica en cuatro tipos principales:
- Tipo 1 – Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
 - Tipo 2 – Excisión, consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin excisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).
 - Tipo 3 – Infibulación, consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal,

que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del clítoris (clitoridectomía).

- Tipo 4 – Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital. Por desinfibulación se designa la técnica consistente en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación, lo que suele ser necesario para mejorar su estado de salud y bienestar y para hacer posible el coito o facilitar el parto. La MGF produce graves consecuencias en la vida y la salud de las mujeres tales como dolor intenso, hemorragias, inflamación de tejidos geniales, problemas menstruales, infecciones urinarias, coito doloroso y menor satisfacción sexual, entre muchos otros, que impiden a las mujeres el disfrute de derechos sexuales y reproductivos. Este derecho abarca lo siguiente (ver Tabla 11):

Tabla 11: Derecho de las Mujeres a Vivir Libre de Violencias en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRE DE VIOLENCIA
Derecho a no ser discriminadas en razón de su sexo
Derecho a no ser sometidas a torturas u otros tratos inhumanos, crueles o degradantes
Derecho a vivir libres de explotación sexual
Derecho a la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas, incluyendo la explotación sexual pero sin limitarse a ella, por causa de su orientación sexual o identidad de género, real o percibida
Derecho de las mujeres a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas (autonomía reproductiva)

Fuente: Elaboración Propia.

2.1.12. Derecho a disfrutar del progreso científico

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, este derecho abarca (Tabla 12):

Tabla 12: Derecho a Disfrutar del Progreso Científico en el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHO A DISFRUTAR DEL PROGRESO CIENTÍFICO
Derecho a disfrutar del progreso científico en materia de reproducción humana, anticoncepción y prevención y manejo de Infecciones de transmisión sexual –ITS– incluyendo VIH/SIDA
Derecho a no ser objeto de experimentación en el área de reproducción humana
Derecho a la protección de los abusos médicos por motivo de orientación sexual o identidad de género
Derecho a no ser objeto de experimentación en el área de orientación sexual o identidad de género

Fuente: AVESA, 2015.

2.2 Marcos Jurídicos Internacionales

Sí bien el debate sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos impulsado por el movimiento feminista se remonta a los años 60 y 70, no fue sino hasta la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo donde se adoptó el Programa de Acción de El Cairo (1994), cuando se da un reconocimiento formal a los mismos por parte de los Estados participantes.

En ese sentido, el Programa de Acción señala que los derechos sexuales y reproductivos “(...) abarcan ciertos Derechos Humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre Derechos Humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso” (ONU, 1994).

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos está contenido en un conjunto de acuerdos e instrumentos de política a nivel internacional y regional que comprometen la acción de los Estados (Tabla 13, siguiente página).

A nivel regional también existen tratados de Derechos Humanos e instrumentos de política que abarcan los derechos sexuales y los derechos reproductivos (Tabla 14, siguiente página).

En el ámbito latinoamericano, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, aprobado en 2013 por la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en el marco de la Comisión Económica

Tabla 13: Acuerdos e Instrumentos Internacionales de Política que reconocen los Derechos Sexuales y Reproductivos

• Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948);
• Proclama sobre Derechos Humanos Teherán (1968);
• Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos (1976);
• Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976);
• Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria (1978);
• Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981);
• Convención sobre los Derechos del Niño (1990);
• Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993);
• Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994);
• Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).
• Agenda 2030 (2015).

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 14: Acuerdos e Instrumentos de Política Regionales que protegen los Derechos Sexuales y Reproductivos

• Convención Americana de los Derechos Humanos (Convención Americana)
• Convención Americana de los Derechos Humanos en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)
• Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)
• Consenso de Montevideo ⁴
• Agenda Regional de Género

Fuente: Elaboración Propia.

para América Latina y el Caribe (CEPAL), reconoce la relación fundamental entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la agenda de desarrollo global. Este documento, considerado como uno de los más progresistas del mundo en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, es el primer consenso adoptado en el marco de la ONU en incluir una definición de derechos sexuales que reconoce el derecho a una vida sexual segura y completa, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su orientación sexual y su

identidad de género sin coerción, discriminación ni violencia.

⁴ El único país que realizó una reserva formal en torno al texto del Consenso de Montevideo fue Guatemala. En la misma, expresa, entre otras cosas, el “irrestricto respeto al derecho a la vida desde el momento de su concepción, así como el irrestricto respeto y derecho que tienen los padres de escoger la educación que ha de impartirse a sus hijos e hijas menores de edad.” Igualmente señala que interpreta el concepto género únicamente como género femenino y género masculino para referirse a mujeres y hombres, y que se reserva la interpretación de la expresión “grupos de la diversidad sexual”, “orientación sexual” y “diversidad sexual y la identidad de género”

2.3. Marcos Jurídicos Nacionales

2.3.1 Colombia

El marco jurídico colombiano abarca diversas disposiciones que consagran y amplían la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos (DSDR). Es importante señalar que desde la Corte Constitucional también se han adelantado importantes desarrollos normativos en temas relacionados con los DSDR, mediante diversas sentencias relacionadas con la obligatoriedad en la integración de la educación sexual en la educación formal; el reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo; los derechos a la salud y a la no discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA; los derechos a la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad y el reconocimiento de derechos a las parejas del mismo sexo, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Sin Fecha).

- **Constitución Política de Colombia, del año 1991**, consagra los derechos fundamentales, que son base primordial en el avance hacia la eliminación de la discriminación, y por ende, el reconocimiento de la diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras. En consecuencia, el desarrollo de la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción configuran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que como Derechos Humanos, están íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud, a la educación, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2003)
- **Ley 100 (1993)**, elaborada con base en el artículo 49 de la Constitución colombiana, se aprueba la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a partir del cual se establece el hoy llamado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS). En ambos se incluyen acciones y servicios para la atención de las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación, tales como atención integral a las ITS – VIH/ SIDA, atención de embarazo y parto, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para mujeres y hombres, adultos/as y

jóvenes, e interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados por la Corte Constitucional (sentencia C-355 de 2006), entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Sin Fecha). Esta ley fue modificada por la Ley 1438 del año 2011.

- **Ley 387 (1997)**, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en Colombia. Dispone que se debe brindar atención especial a las mujeres y niños, preferencialmente a las viudas, mujeres cabeza de familia y huérfanos y a las comunidades afrodescendientes e indígenas sometidas al desplazamiento en correspondencia con sus usos y costumbres, y propiciando el retorno a sus territorios.
 - **Ley 1098 (2006) o Código de la Infancia y la Adolescencia**, dispone que el Estado debe garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva y desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.
 - **Ley 1232 (2008)** por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones. Esta ley dispone que se otorgue especial protección a la mujer cabeza de familia, promoviendo el fortalecimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, procurando establecer condiciones de vida dignas, promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva.
 - **Ley 1257 (2008)**: mediante la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
 - **Ley 1620 (2013) o Ley de Convivencia Escolar**, define la educación para el
- ejercicio de los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos como “(...) aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de Derechos Humanos sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana; en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas democráticas y responsables.”
- **Ley 1751 (2015) o Ley Estatutaria de Salud** constituye el marco de la garantía del derecho a la salud en torno a la cual se articulan la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP), encaminado a lograr la equidad en salud, mediante la implementación de un enfoque multidimensional y transversal que garantice la salud y bienestar de la población, y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
 - **Ley 1823/2017**, que promueve la creación y fortalecimiento de entornos que faciliten la práctica de la lactancia materna de la mujer trabajadora en el ámbito gubernamental, privado y comunitario, incluyendo a través de la creación de bancos de leche humana, a fin de brindar a las madres orientación en el ejercicio de la práctica de lactancia y suministro de leche humana pasteurizada como una herramienta de supervivencia neonatal e infantil.
 - **Resolución 4905 (2006)** del Ministerio de la Protección Social mediante la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) con base a la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.
 - **Resoluciones 0769 y 1973 (2008)**, del Ministerio de la Protección Social

que contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionadas con los métodos de Planificación Familiar para mujeres y hombres, la atención del embarazo, parto y al/a recién nacido/a, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño/a víctima de violencias.

- **Resolución 1904 (2017)** del Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
- **Decreto 1543 (1997)** a través del cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y las otras Enfermedades de transmisión sexual, ETS.
- **Circular 016 (2017)** del Ministro de Salud y Protección Social sobre atención segura y digna a las mujeres gestantes.
- **Sentencia T 025/2004** de la Corte Constitucional de Colombia mediante la cual se establece que las políticas del Estado para dar atención la población desplazada deben tener un enfoque diferencial que tome en cuenta particularidades asociadas a la identidad de género, el origen étnico, la orientación sexual, el ciclo vital, etc.
- **Sentencia C-355/2006** de la Corte Constitucional de Colombia que liberalizó la legislación sobre aborto en tres circunstancias: a) cuando el embarazo es producto de una violación, incesto o acto sexual abusivo; b) cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida o salud de la mujer; y c) cuando se diagnostican malformaciones en el feto que hacen inviable su vida en el útero.
- **Auto 092 (2008)** de la Corte Constitucional de Colombia tiene como propósito la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas por el conflicto armado en el país, y la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del desplazamiento forzado.
- **Estrategia de Atención Integral para NNA con énfasis en Prevención del Embarazo en la adolescencia (2015–2024)** encaminada a generar condiciones para que los niños, niñas

y adolescentes (NNA), fortalezcan sus proyectos de vida, conozcan sus derechos, accedan a información y puedan desarrollar habilidades para la toma de decisiones frente a su sexualidad, a través del acceso a: servicios de salud amigables, recreación, entornos seguros y educación de calidad.

- **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSR) 2014 – 2021**, la cual surge como una revisión de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) 2003 – 2007 y está estructurada a partir de los postulados del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021. Ella define la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Sin Fecha).

2.3.2 Nicaragua

Durante la última década, Nicaragua ha sido testigo de un desarrollo normativo en materia de derechos sexuales y reproductivos de cierta importancia, aunque todavía persisten brechas importantes y obstáculos estructurales cuya superación es necesaria para la promoción y protección de todos los Derechos Humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, permanece en vigencia la Ley N.º 641-07 mediante la cual se aprobó una reforma al Código Penal (aprobada por la Asamblea Nacional en Noviembre del 2007) que penaliza el aborto en todas sus formas, incluyendo el aborto terapéutico. El Código Penal también incluye otras dos disposiciones dirigidas a los proveedores de servicios de salud (artículos 148 y 149), que dejan a los/as profesionales de la salud expuestos/as a ser procesados penalmente en cualquier caso en el que, con independencia de la intención, se produzca cualquier tipo de lesión o la muerte del feto a consecuencia de la atención médica prestada para preservar la vida o la salud de la mujer o el feto (Movimiento Feminista de Nicaragua, 2011).

Actualmente, el marco legal-normativo de estos derechos está compuesto por:

- **Constitución Política de Nicaragua**, publicada en enero de 1987 y modificaciones posteriores. Reconoce el derecho de todos los y las nicaragüenses a la vida y a la salud y la obligación del Estado de establecer las condiciones básicas para su promoción, protección y recuperación; incluye normas para la protección del proceso de reproducción humana, de la paternidad y maternidad responsables y de la niñez; además de definir que las relaciones familiares se basan en la absoluta igualdad de derechos y responsabilidades entre la mujer y el hombre.
- **Ley N.º 870 o Código de Familia (2014)** modificó la edad mínima para contraer matrimonio de 14 a 18 en el caso de las mujeres y de 16 a 18 en el caso de los hombres. Ambos pueden contraer matrimonio con autorización de madres, padres o tutores/as a los 16.
- **Ley N.º 287 o Código de Niñez y Adolescencia (1998)**, reconoce el derecho de niños, niñas y adolescentes de recibir educación sexual y dispone la creación de programas en esa materia y en salud sexual y reproductiva a través de la escuela y de la comunidad educativa.
- **Ley N.º 648 o Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades (LIDO)**, en febrero 2008 dispone que se debe impartir educación sexual (artículo 23), acceso universal a servicios de atención y consejería en salud sexual y reproductiva y medidas para prevenir las violencias contra las mujeres, incluyendo violencia sexual (art. 25).
- **Ley No. 238 o Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA**, establece medidas para garantizar el respeto de los Derechos Humanos en la esfera de la prevención del virus y atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA.
- **Plan Plurianual de Salud 2015 – 2021**: identifica entre sus líneas estratégicas la educación en salud sexual y reproductiva de la población, el parto humanizado, particularmente para

mujeres indígenas y rurales, y los conocimientos y la creación de estilos de vida saludables para frenar y reducir la epidemia de VIH/SIDA. El Plan desarrolla el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el cual “busca satisfacer las necesidades de salud de la población y promover el desarrollo de los servicios hacia las personas según su ciclo de vida, la familia y la comunidad, así como el cuidado del medio ambiente.” (Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud de Nicaragua, 2017). Este Modelo es considerado como instrumento transversal para garantizar el acceso a la atención de salud materna y la salud sexual y reproductiva a las poblaciones más alejadas y en mayor situación de vulnerabilidad (UNFPA, 2018a).

- **La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), 2008:** está basada en el “proceso social de construcción de valores y comportamientos saludables a nivel personal, familiar y comunitario”, persigue “la creación de una nueva cultura de cuidados de salud y se avanza hacia el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, sin discriminación por motivos económicos, culturales, geográficos, políticos, de raza, edad o sexo” (Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud de Nicaragua, 2017).

2.3.3 Guatemala

Si bien el marco normativo-legal guatemalteco incluye importantes disposiciones en materia de derechos sexuales y reproductivos, aún persisten importantes brechas para el reconocimiento, promoción y protección de estos derechos. Por ejemplo, el aborto está prohibido en todas las circunstancias, excepto cuando esté en riesgo la vida de la mujer, conforme los artículos 133 a 139 del Código Penal de Guatemala. Actualmente, el marco legal-normativo de promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos está compuesto por:

- **Constitución Política de Guatemala, 1985,** dispone la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos/as. Igualmente garantiza protección especial a la maternidad.
- **Código de Salud. Decreto 90-97, 1997,** se refiere a la promoción de la salud de la mujer y la niñez, y a la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo incluyendo aspectos de salud reproductiva.

- **Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer. Decreto 7-99, 1999,** dispone garantías para la libre elección del cónyuge, contraer matrimonio y disolverlo, y para elegir ser madre y decidir sobre el número y espaciamiento de hijos/as, y recibir educación sexual y reproductiva. Al mismo tiempo señala la responsabilidad del gobierno en realizar todo lo conducente a que las mujeres tengan acceso pleno en todas las etapas de su vida a servicios de salud integral, educación y salud sexual y reproductiva, planificación familiar, y salud pre y post natal para lograr la reducción de la mortalidad materna.

- **Ley General de VIH y el SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y SIDA. Decreto 27-2000, 2000** declara el VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional. La ley persigue la implementación de mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento del VIH y otras ITS y garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA. Además reconoce el derecho de las personas con VIH/SIDA a recibir información, consejería y servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar.

- **Ley de Desarrollo Social, 2001** establece un Programa de Salud Reproductiva basado en los principios de no discriminación, participación e inclusión que además tome en cuenta las características particulares de mujeres y hombres. Los ejes de dicho programa son los servicios de salud reproductiva, la planificación familiar, el trabajo con adolescentes, la maternidad saludable, y la capacitación del personal de salud pública. La ley dispone impulsar programas de educación sexual en todos los niveles educativos y establece que se hará seguimiento a los medios de comunicación social para evitar mensajes y contenidos que perpetúen el machismo, la subordinación y la explotación de las mujeres, así como la reducción de las personas a

objeto sexual o la presentación de la sexualidad como un bien de consumo sin criterios éticos y actitudes que obstaculizan el desarrollo humano integral de las mujeres y hombres, como forma de promover la autoestima y los valores de respeto a la dignidad humana, atendiendo a la equidad de género y la diversidad lingüística, étnica y cultural de la sociedad guatemalteca.

- **Política de Desarrollo Social, 2002,** desarrollada por la Secretaría de Planificación y Programación. Establece políticas sectoriales en materia de salud que priorizan la salud reproductiva; los programas de salud reproductiva; la planificación familiar; la atención de adolescentes; y la maternidad saludable.
- **Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, Decreto Legislativo No. 27-2003, 2003,** dispone la obligación del Estado de diseñar y ejecutar programas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, preparación para la procreación y la vida en pareja, que inculquen la paternidad y maternidad responsables. Igualmente establece disposiciones sobre la protección en materia de violencias sexuales. Esta Ley no incorpora aspectos relacionados con atención y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- **Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y otras bebidas fermentadas Decreto 21-04, 2004,** establece que, de los recursos recaudados a través de la aplicación del impuesto a bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras, se destinará un mínimo de 15% para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sin que los mismos puedan ser asignados a otro fin ni transferidos presupuestariamente.
- **Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el programa de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005, 2005,** fue promulgada con el objetivo de asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, los

cuales abarcan información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y la provisión de métodos de planificación familiar. La Ley también establece mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local encaminadas a eliminar la dependencia de donantes internacionales para cubrir los presupuestos de los servicios de planificación familiar. Dispone la creación de una estrategia especial dirigida a adolescentes y la promoción de educación sexual integral en el currículo escolar.

- **Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer Decreto 22-2008, 2008**, define la violencia sexual como acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual y la prostitución forzada, e incluye además la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32-2010**, dispone la creación de un marco jurídico dirigido a mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y de los y las recién nacidas, al tiempo que busca promover el acceso universal, oportuno y gratuito a información y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna neonatal. La Ley declara a la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional y busca garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras. Sin embargo, el texto no incorpora debidamente una perspectiva de Derechos Humanos, particularmente en lo que atañe a los derechos de las mujeres y a los derechos sexuales y reproductivos.
- **Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes – PLANEA, 2018-2022**, tiene como objetivo hacer frente a la problemática del embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en escuelas y comunidades conforme a estándares internacionales, y de los servicios de salud para facilitar la atención diferenciada en salud sexual y reproductiva.

MÓDULO 3. INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1. Derechos sexuales y reproductivos para adolescentes

En el módulo 2 de este manual se ha presentado el marco general sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos que incluye a todas las personas sin ningún tipo de discriminación. En este apartado, se lleva este marco al trabajo con la población adolescente con miras a promover el ejercicio de sus derechos, la vivencia de su sexualidad de forma positiva, sana y placentera para que puedan reconocer su responsabilidad en las decisiones de su vida.

Se entiende por adolescente a las personas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, que se encuentren en la segunda década de su vida y cuyos derechos derivan de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como de otros importantes pactos y tratados sobre Derechos Humanos (UNICEF, 2011).

Garantizar el ejercicio y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos permite a las y los adolescentes tomar decisiones libres sobre su procreación, regular su fecundidad y disponer de la información y medios para lograrlo; todo esto con el fin de prevenir embarazos no deseados, abortos inseguros y otros riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Para avanzar en estos objetivos, las y los adolescentes necesitan una educación sexual integral, así como acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, como se explica a continuación.

3.1.1 Educación integral de la sexualidad

Hoy en día existe un alto grado de acuerdo en que se debe brindar educación sexual a las y los adolescentes, sin embargo, hay diferencias sobre cuál educación sexual debemos brindar y sobre qué vamos a educar.

La UNESCO (2014) identifica diversos abordajes de la Educación Sexual y los agrupa en 4 grandes tipos:

- **Moralista**: enfocado en la estrategia de abstención de las relaciones sexuales antes del matrimonio: “decir no”, “solo abstinencia”, está orientado al desarrollo de cualidades o valores morales, y sus contenidos giran en torno al funcionamiento del cuerpo, valores, enfrentar presión de la pareja y pares, así como otros basados en la fe.
- **De riesgo y buen comportamiento**: el objetivo está en cuidarse, cuidar, ser responsables y evitar problemas de salud. Se presta mucha atención a los anticonceptivos y prácticas de sexo seguro, también incluyen la abstinencia como una opción. Los contenidos de esta educación giran en torno a la toma de decisiones, plan de vida, valores, ITS/VIH, embarazo en adolescentes, métodos anticonceptivos, comunicación efectiva y cambios de comportamiento.
- **Comprensivo integral**: centrado en cuidarse, cuidar, ser responsable y disfrutar, se enfoca en la salud integral como bienestar y en el Derecho a la salud (holístico). Sus contenidos incluyen elementos de la categoría anterior, pero además aborda temas como la afectividad y el placer, el conocimiento y ejercicio de derechos. Incluye el enfoque de género, la prevención de las violencias basadas en el género, así como la creación de escuelas promotoras de salud, abogacía o advocacy.
- **Desarrollo y bienestar**: dirigido a cuidarse, cuidar, ser responsable, disfrutar, aprender a convivir y contribuir a generar cambio social. Incluye temas de la categoría anterior y el componente de sexualidad se da desde una óptica de derechos. Se pretenden desarrollar competencias de "ciudadanía sexual" y otras áreas de desarrollo personal: la participación activa y democrática, la colaboración intergeneracional y el respeto a la diversidad.

Para la UNESCO, la educación sobre sexualidad es parte integral de la educación y va más allá de la adquisición de conocimientos, ya que proporciona competencias y habilidades para la vida. Ahora bien, no toda educación sexual

constituye Educación Integral de la Sexualidad (EIS), como ocurre con la educación sexual moralista y con la de riesgo y buen comportamiento. La EIS promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del cuerpo, de las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos (UNFPA/UPEL, 2007).

Ahora bien, es necesario revisar el significado de la adolescencia misma dentro de nuestro contexto sociocultural, ya que para trabajar con adolescentes es preciso deslastrarse de muchos prejuicios, mitos y falsas creencias que tienden a presentarlos como personas intrínsecamente impulsivas, irresponsables, irreflexivas y proclives al riesgo o la transgresión. Estas ideas, que se sostienen muchas veces de manera desapercibida, pueden generar serios obstáculos e ineficacia en las acciones educativas, informativas o asistenciales que se dirigen a la población adolescente, por tanto, es preciso modificarlas.

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por cambios en el desarrollo biopsicosocial de la personalidad y particularmente de la esfera psicosexual asociado a los cambios físicos que se experimentan. Es un período de consolidación de diversos componentes de la sexualidad como son la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual, componentes fundamentales de la sexualidad humana.

La adolescencia como etapa de transición posee unos rasgos distintivos que no se basan sólo en lo biológico sino en su condición de producto cultural. Las personas en este período se encuentran en un progresivo desarrollo de su capacidad para analizar, reflexionar y decidir, sobre sí mismas y sobre su entorno. La adolescencia implica el pasaje de un estado de dependencia a crecientes grados de autonomía, tanto a nivel afectivo-sexual, como social y económico; y, para la construcción de estas autonomías y de un comportamiento responsable en las y los adolescentes, es necesario generar condiciones que faciliten este proceso (AVESA, 2002).

La sexualidad forma parte del desarrollo humano, por tanto debe hablarse y educarse sobre ella. La EIS tiene como meta desarrollar capacidades del/la adolescente para tomar decisiones responsables respecto de su sexualidad. Esta educación posee siete componentes esenciales (IPPF, 2006):

- **Género:** Diferencia entre género y sexo; exploración de los roles y atributos de género; comprensión de las percepciones de masculinidad y feminidad dentro de la familia y a través del ciclo de vida; normas y valores cambiantes en la sociedad; manifestaciones y consecuencias de los prejuicios, estereotipos y desigualdades de género.

- **Salud sexual y reproductiva, y VIH/SIDA:** Sexualidad y ciclo de vida; anatomía; proceso reproductivo; cómo usar los condones y otras formas de anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia); opciones e información sobre el embarazo; aborto legal y seguro; aborto inseguro; comprensión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida su transmisión y síntomas; prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA e ITS; consejería y pruebas voluntarias para VIH/SIDA; terapia antirretroviral y vivir con el VIH; prevención de la transmisión de madre a hijo/a; uso de drogas inyectables y VIH; virginidad; abstinencia y fidelidad; respuesta sexual; expectativas sociales; autoestima y empoderamiento; respeto por el cuerpo; mitos y estereotipos.

- **Derechos sexuales y ciudadanía sexual:** Conocimiento de los Derechos Humanos internacionales y de las políticas, leyes y estructuras nacionales que se relacionan con la sexualidad de las personas; enfoque basado en un marco de derechos de la salud sexual y reproductiva; barreras sociales, culturales y éticas para ejercer derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva; comprensión de que la sexualidad y la cultura son diversas y dinámicas; disponibilidad de servicios y recursos, y cómo acceder a ellos; participación; prácticas y normas; diversidad de identidades sexuales; incidencia política; derecho a decidir; protección; negociación; habilidades; consentimiento y el derecho a tener relaciones sexuales solo cuando la persona esté lista para ello; el derecho a expresar libremente y explorar la propia sexualidad de manera segura, saludable y placentera.

- **Placer:** Tener una actitud positiva hacia la sexualidad de la gente joven; comprensión de que el sexo debe ser agradable y consensual; comprensión de que el sexo es mucho más que el coito; la sexualidad como una parte saludable y normal de la vida de cada persona; la biología y las emociones detrás de la respuesta sexual humana; género y placer; bienestar sexual; prácticas sexuales

seguras y placer; masturbación; amor, deseo y relaciones; comunicación interpersonal; la diversidad de la sexualidad; la primera experiencia sexual; consentimiento, alcohol y drogas, y las implicaciones de su uso; abordaje del estigma asociado con el placer.

- **Violencias:** Exploración de los diferentes tipos de violencias dirigidos hacia la mujer y el hombre, y la forma en que se manifiestan, especialmente las violencias basadas en el género; las relaciones sexuales no consensuales y la comprensión de que no son aceptables; derechos y leyes; opciones de apoyo disponibles y búsqueda de ayuda; normas comunitarias y mitos relacionados con el poder y el género; prevención, incluyendo planes de seguridad personal; técnicas de defensa personal; comprensión de la dinámica de víctimas y agresores; mecanismos de referencia apropiados para sobrevivientes; evitar que la víctima se convierta en atacante; hombres y niños en tanto agresores y a su vez aliados en la prevención de las violencias.
- **Diversidad:** Reconocimiento y comprensión de la amplitud de la diversidad en nuestras vidas (por ej., fe, cultura, origen étnico, condición socioeconómica, capacidades diferentes, condición de VIH/SIDA y orientación sexual); una visión positiva de la diversidad; reconocimiento de la discriminación, sus efectos dañinos y la capacidad para lidiar con ellos; desarrollo de una creencia en la igualdad; apoyar a la gente joven para que pueda ir más allá de solamente la tolerancia.
- **Relaciones:** Diferentes tipos de relaciones (por ej., familiares, amistosas, sexuales, románticas, etc.); comprensión de que las relaciones cambian constantemente; emociones, intimidad (emocional y física); derechos y responsabilidades; dinámica de poder; reconocimiento de las relaciones saludables y enfermizas o coercitivas; comunicación, confianza y honestidad en las relaciones; presión de pares y normas sociales; comprensión de que amor y sexo no son lo mismo.

Esta EIS debe ser incluida dentro de la educación formal, pero además es posible desarrollar algunos de estos componentes a través de la educación no formal. Si bien esto constituye un reto, se conocen experiencias exitosas en las que esta educación se ha incorporado como parte de las actividades de redes juveniles, actividades vocacionales, artísticas, recreativas y de apoyo extraescolar, programas de desarrollo vocacional de adolescentes y en estrategias comunitarias que impliquen acciones de movilización social (UNFPA, 2006). En estos contextos suelen desarrollarse dos tipos de acciones, unas de difusión y otras educativas. No se trata de acciones excluyentes sino más bien complementarias, para abordar diversos componentes esenciales de la EIS.

- **Acciones de difusión:** dirigidas a enviar mensajes que den respuesta a las necesidades de las y los adolescentes en materia de EIS, cuyo discurso provenga y sea elaborado por ellos y ellas. La idea es difundir los mensajes a través de los medios que le sean más afines en su comunidad o en el programa al que estén incorporados. Dentro de estas acciones se puede elaborar y distribuir material informativo (en físico o a través de redes sociales), realizar concursos, programas de radio, campañas o cualquier otra actividad diseñada con la participación de las y los adolescentes.
- **Acciones educativas:** implica una relación directa entre la persona que orienta (facilitador/a) y quienes lo protagonizan (participantes), en la que se discuten aspectos conceptuales, informaciones, opiniones y vivencias sobre la sexualidad y la reproducción, integrando los conocimientos teóricos con los prácticos y cotidianos. Estas acciones educativas pretenden pasar de la información a la formación. La información sólo proporciona conocimientos descontextualizados, la formación permite crear un espacio para sentir, pensar y actuar sobre el tema, ya que induce procesos reflexivos y de autoconocimiento de las personas involucradas en la acción educativa (facilitadores/as y participantes) (AVESA, 2008). Dentro de estas acciones pueden emplearse estrategias adulto-adolescente y/o estrategias de pares. En la estrategia de pares, se seleccionan y capacitan a adolescentes para que lleguen a ser consejeros/as de sus compañeros/as acorde a sus particulares condiciones de vida. Los programas de educadores-pares operan con la premisa de que los y las adolescentes se identifican más con su grupo de edad similar y otorgan mayor credibilidad a la información de compañeros/as sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos.

Las/os educadores-pares a su vez, funcionan a modo de mentores, involucrados afectivamente con los participantes en la promoción de sus derechos en forma integral. Requiere para ello la capacitación de las y los educadores-pares en el servicio a sus compañeros/as. El contenido de estos programas tiende a centrarse en el empoderamiento para la transformación de los contextos socioculturales de los/as adolescentes, promoviendo el desarrollo de valores sociales (UNFPA, 2006).

Es importante tener en cuenta que, ser un educador o educadora integral de la sexualidad implica hacer una revisión de nuestra propia sexualidad, nuestra subjetividad, historia, e ideas en torno a la sexualidad de las demás personas; todo esto con la finalidad de poder ser imparciales, flexibles y respetuosos ante las decisiones de las y los adolescentes. No se trata de imponer nuestra visión de la sexualidad sino de que ellos y ellas sean capaces de tomar sus decisiones con libertad y responsabilidad.

3.1.2 Acceso a servicios y métodos anticonceptivos

La población adolescente posee necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva que deben ser atendidas desde los centros de salud. El UNFPA y la OPS proponen la creación de servicios amigables para adolescentes en los que diversos aspectos de la sexualidad sean abordados. Para lograr esto se requiere entender y aceptar que las y los adolescentes tienen vida sexual activa, que requieren, necesitan y tienen derecho a recibir información sobre sexualidad que favorezca la prevención de situaciones críticas.

Los servicios amigables son “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones” (Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2011).

Asimismo, en el año 2012, la Organización Mundial de la Salud –OMS– estableció que un servicio para adolescentes debe ser:

- **Equitativo:** todos las/os adolescentes, no sólo ciertos grupos, pueden hacer uso de los servicios de salud que necesitan.

- **Accesible:** las/os adolescentes pueden hacer uso de los servicios que se proporcionan.
- **Aceptable:** los servicios de salud son provistos de manera que satisfagan las expectativas de las/os adolescentes.
- **Apropiado:** se proporcionan los servicios de salud que las/os adolescentes necesitan.
- **Eficaz:** se proporcionan los servicios de salud apropiados, en la forma adecuada y contribuyen de manera positiva a la salud de las/os adolescentes.

Estos servicios deben brindar consejería personalizada a adolescentes en salud sexual y reproductiva, en la que se establece un vínculo entre profesionales y adolescentes, con el propósito de fortalecer la capacidad para tomar decisiones libres, informadas, protegidas y coherentes con sus valores en el ámbito de la sexualidad y la reproducción humana, entendida integralmente, en el marco de los derechos individuales y sociales, incluida la anticoncepción. Algunos objetivos de esta consejería son (Ministerio de Salud Chile, 2015):

- Favorecer en los y las adolescentes un mayor conocimiento de sí mismos/as, que les permita comprender y aceptar la etapa de desarrollo humano que están viviendo integrando la afectividad y sexualidad como parte integral de su desarrollo.
- Fomentar y guiar la toma de decisiones en conducta sexual y el desarrollo de conductas informadas y seguras en el ejercicio de la sexualidad.
- Prevenir el embarazo no deseado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual activa no protegida en adolescentes.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos que tienen las y los adolescentes.
- Evaluar y establecer planes de intervención en consejería diferenciados según la intención y conducta sexual, considerando acciones preventivas primarias o secundarias, según corresponda.
- Determinar el nivel de información e identificar las creencias que posee el o la adolescente, en relación a la sexualidad.
- Reforzar que las personas tienen derechos en salud sexual y reproductiva, deben tomar decisiones

en base a aprendizajes no discriminatorios, y pueden expresar lo que desean y también lo que no desean.

- Fortalecer habilidades y capacidades para reconocer y superar la presión de la pareja o de los pares, así como de pedir asistencia cuando lo considere necesario.

Adicionalmente, debe brindarse orientación y provisión de anticonceptivos (incluida la anticoncepción de emergencia) (Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016) con miras a apoyar la elección libre e informada sobre los métodos anticonceptivos, así como su adecuado uso y acceso. Para esto es preciso suministrar información sobre la oferta de métodos de protección sexual y anticonceptiva, describir el uso de los mismos, suministrarlos y brindar la opción del acompañamiento en su uso. El proceso comprende tres etapas:

1. Provisión de información sobre salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la anticoncepción;
2. Evaluación integral,
3. Motivación de la elección libre e informada y prescripción del método anticonceptivo.

Dentro del mismo es recomendable conocer las preferencias y necesidades del o la adolescente en relación a los métodos anticonceptivos e informar sobre los métodos en los que se dispone en el servicio. Para la elección de un método anticonceptivo es necesario evaluar la eficacia, reversibilidad, inocuidad, facilidad de uso, bajo costo y accesibilidad.

En el caso de la anticoncepción hormonal es preciso indagar sobre posibles contraindicaciones y en caso de que sea necesario deben realizarse los estudios ginecológicos y clínicos.

Ver herramienta 1: métodos anticonceptivos, características y pautas específicas para la asesoría a personas adolescentes

Para el uso del condón, se requiere que los y las adolescentes tengan motivación y manejen información respecto a su efectividad, protección, forma de colocarlo y retirarlo, y que tengan fácil acceso al método. Además, que las relaciones sexuales de la pareja estén fundamentadas en la negociación y la comunicación. Es importante abordar lo siguiente:

- Que apoye el reconocimiento de los beneficios de la prevención del embarazo y de las ITS;
- Que apoye el reconocimiento de los beneficios del uso del condón masculino y femenino y su uso correcto como la conducta más protectora. Nunca dé por sentado que

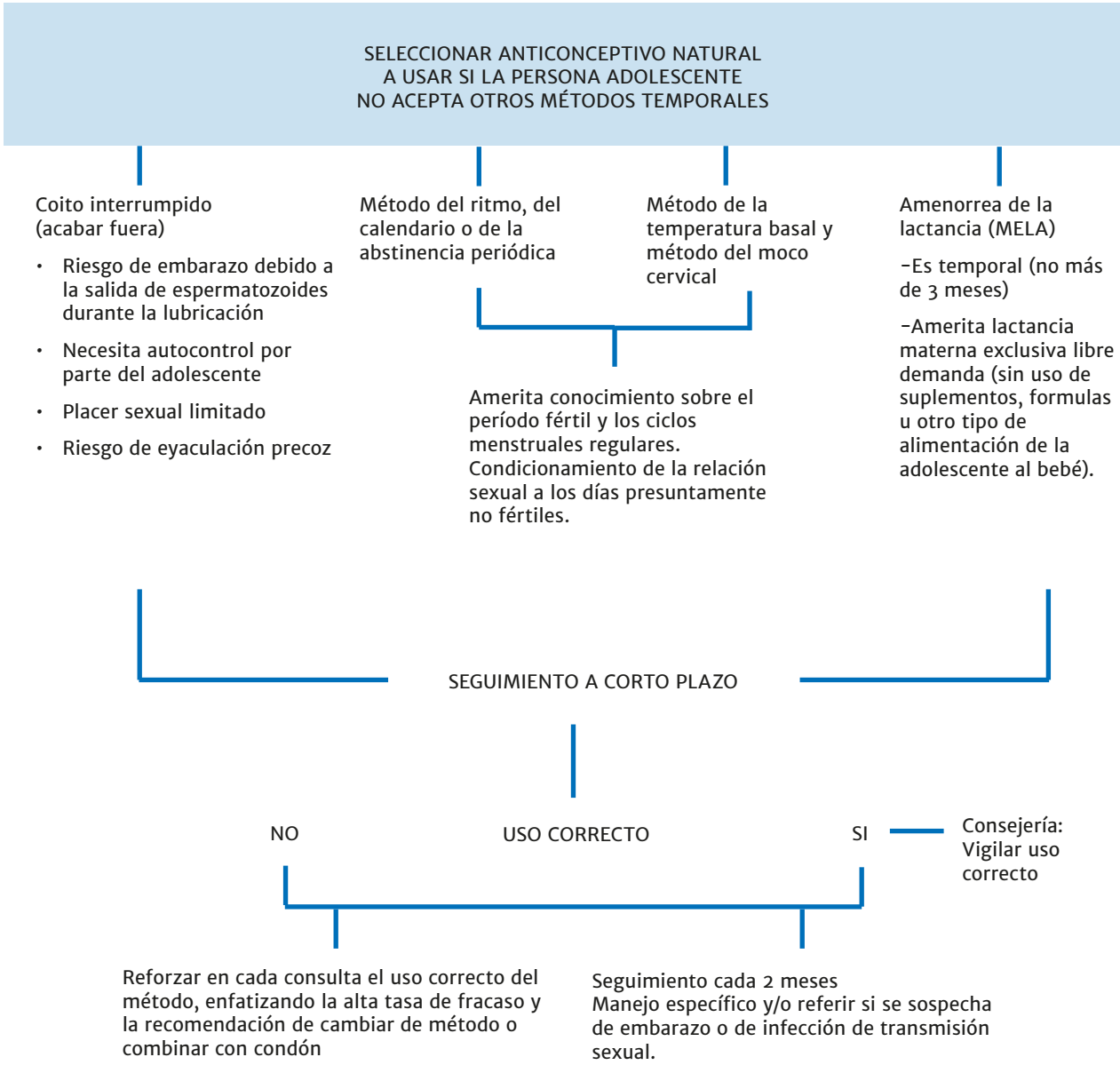
la persona adolescente sabe usarlo; (Ver herramienta 2: Uso correcto del condón)

- Que facilite la identificación de barreras personales e interpersonales, el reconocimiento de creencias erróneas, mitos y prejuicios que pueden influir en el uso de los condones;
- Que informe que los condones pueden ser obtenidos gratuitamente en los centros de salud o comprados en las farmacias y otros lugares, a bajo costo y sin receta médica;
- Que refuerce la idea de que el uso del condón debe ser negociado con anticipación;
- Que practique con la persona adolescente respuestas asertivas, para enfrentar momentos difíciles al momento de negociar el uso del condón.

Dentro de esta asesoría es importante brindar información sobre la anticoncepción de emergencia, incluso a adolescentes que no hayan iniciado su actividad sexual, toda vez que es la única opción disponible para evitar el embarazo luego de una relación sexual sin protección, cuando falla el método que se usó, en casos de violación sexual, o en caso de olvido de tomar 3 o más píldoras anticonceptivas, o hace más de 14 semanas de la inyección de progestágeno de acción prolongada. Esta asesoría debe brindarse en todos los casos de violación sexual a adolescentes femeninas. La anticoncepción de emergencia reduce en un 75% el riesgo de embarazo si es utilizada por la pareja de sexo femenino en las primeras 72 horas después del coito.

A continuación se presentan algunos algoritmos que orientan el proceso de acompañamiento a la decisión del adolescente:

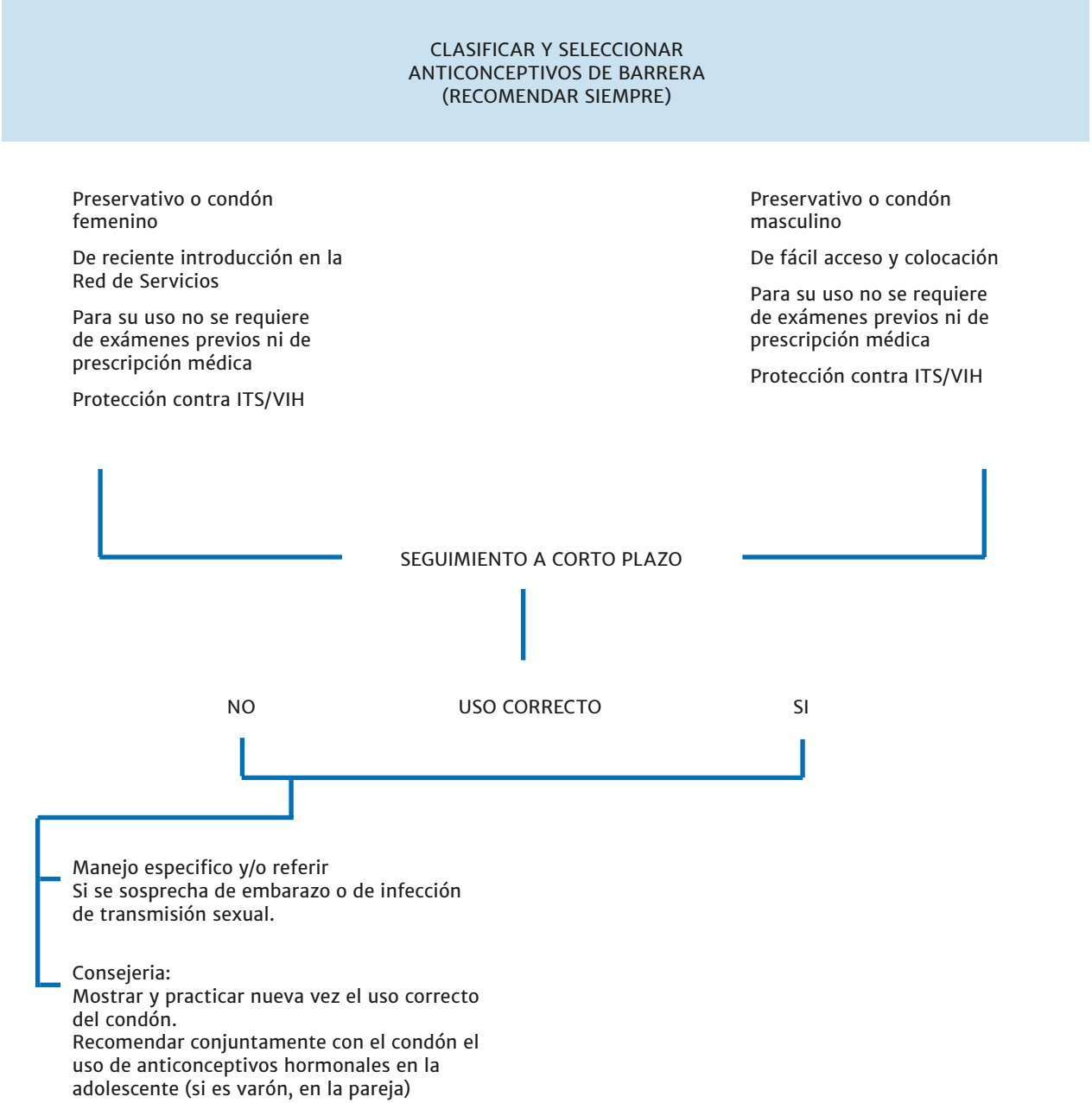
Algoritmo 1. Selección de anticonceptivo natural



Si bien no tienen costo económico, los métodos anticonceptivos naturales son inseguros, están caracterizados por una alta tasa de fracaso.
NO SON RECOMENDABLES PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, TAMPOCO PROTEGEN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

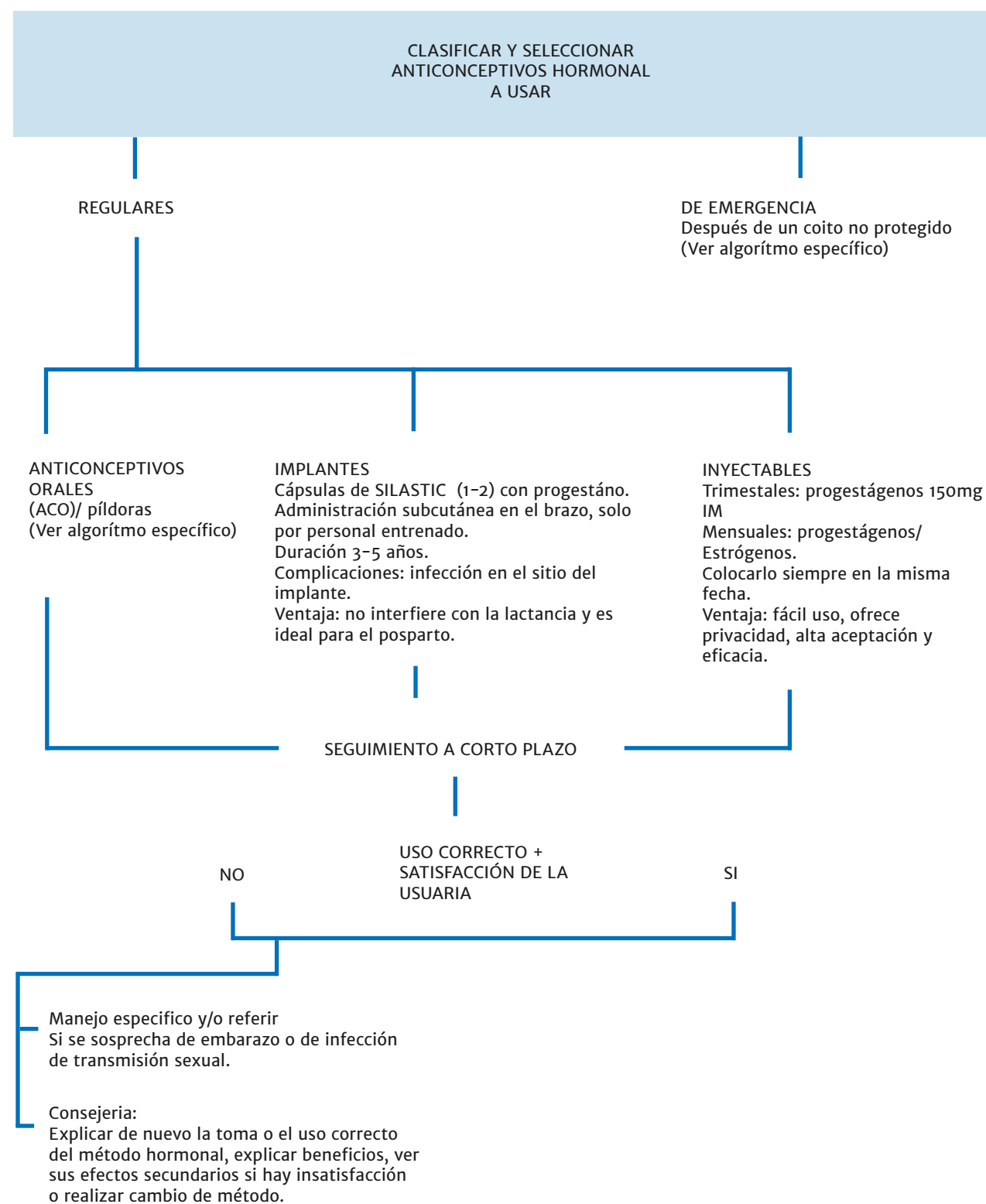
Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

Algoritmo 2. Clasificar y seleccionar anticonceptivo de barrera



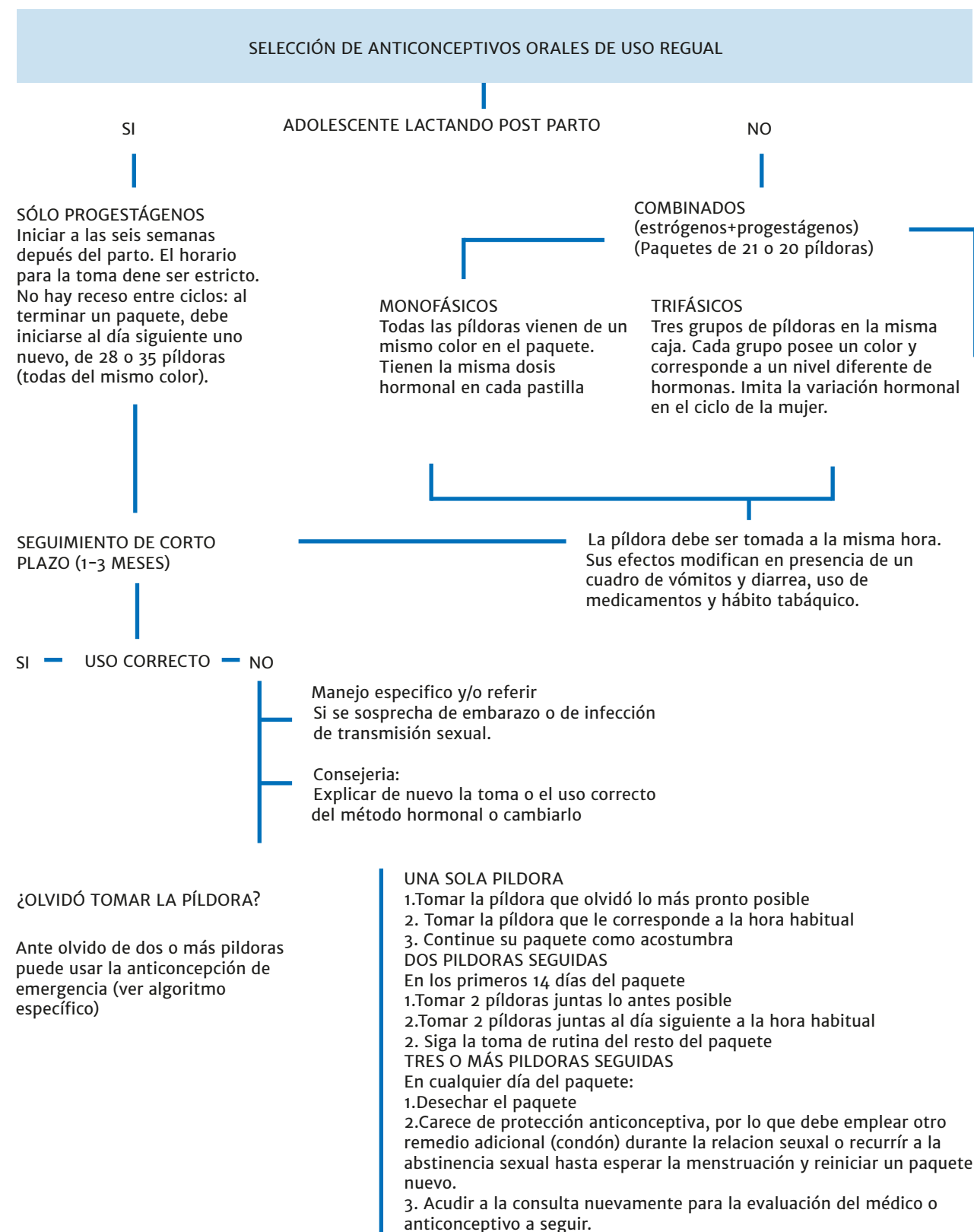
Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

Algoritmo 3. Clasificar y seleccionar anticonceptivo hormonal a usar



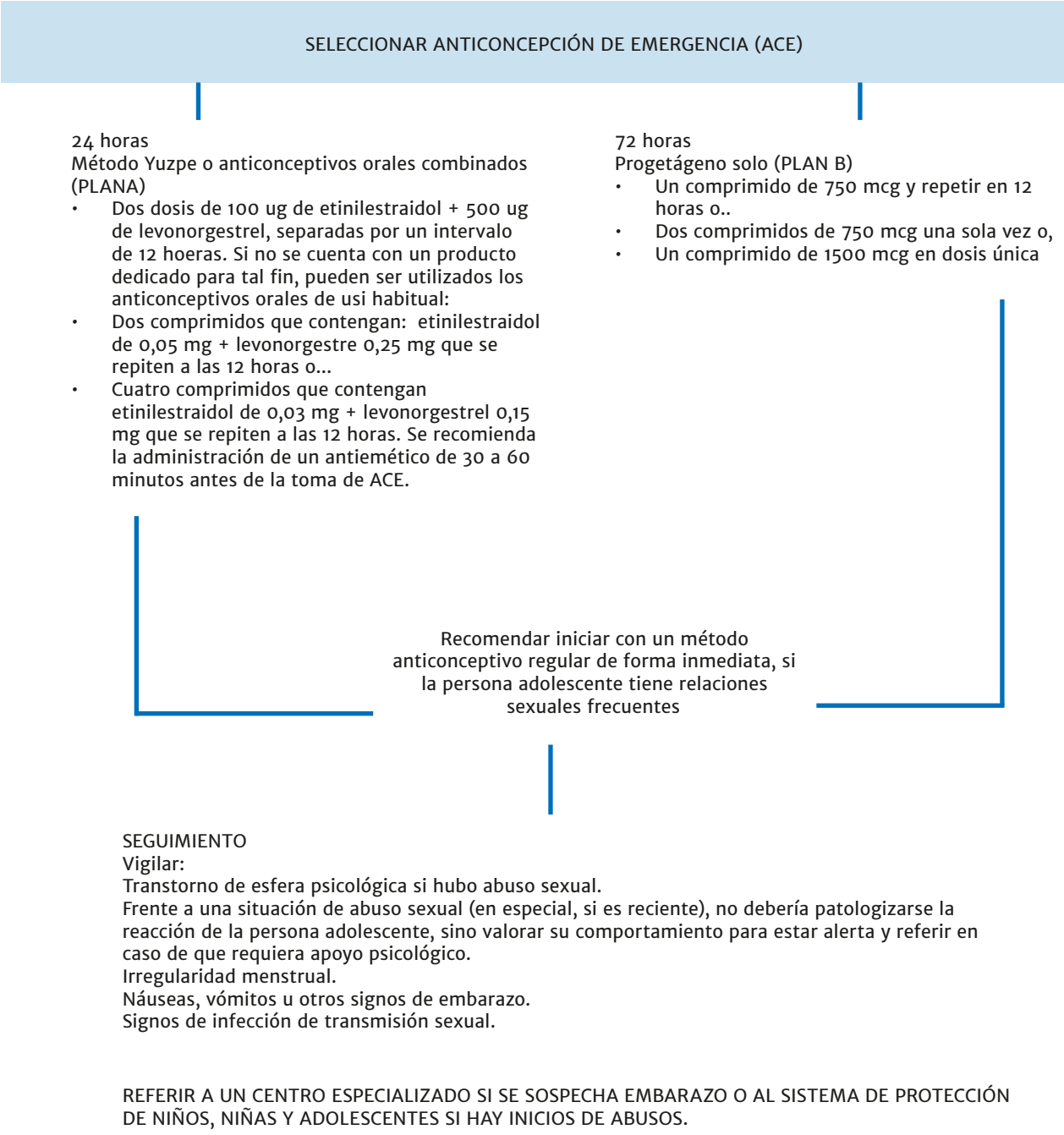
Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

Algoritmo 4. Clasificar y seleccionar anticonceptivo hormonal de uso regular



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

Algoritmo 5. Seleccionar anticoncepción de emergencia



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

3.2 Salud materna, neonatal y abortos

Como se ha señalado, los derechos sexuales y reproductivos proporcionan la libertad a las personas de decidir sobre su reproducción, si desean procrear o no y el momento oportuno para hacerlo, pero además señalan la necesidad de crear y garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres no mueran por causas relacionadas con el parto y el embarazo y puedan recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos/as sanos/as. Es decir, se trata de crear todas las condiciones necesarias para que las mujeres, que son quienes se embarazan, gestan y paren, cuenten con todos los recursos a su disposición para decidir sobre su maternidad, partiendo de la idea de que ellas son las protagonistas de su proceso.

En este apartado se presenta una aproximación a conceptos y recomendaciones vinculadas a la nutrición y salud materno-fetal, la identificación de necesidades obstétricas urgentes, la asesoría y atención pre y post aborto, la lactancia materna y la higiene sexual; que son claves para el desarrollo de intervenciones desde el ámbito social y comunitario, garantizando el derecho a la salud materno-fetal de las mujeres y sus bebés.

3.2.1 Nutrición y salud materno-fetal

El estado nutricional y la salud de las mujeres durante un embarazo son cruciales para el desenlace positivo del mismo. Las mujeres con estado nutricional deficiente al momento de la concepción tienen mayor riesgo de contraer enfermedades y morir. El estado nutricional de la madre previo al embarazo tiene un impacto mayor en el peso del/a niño/a al nacer que el incremento de peso durante el embarazo. El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso al nacimiento y mayor probabilidad del/a niño/a de enfermarse y morir en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento; mientras que la obesidad materna se asocia a un mayor riesgo de hipertensión arterial, diabetes gestacional, cesárea y fórceps, debido a recién nacidos/as muy grandes. Todas estas consecuencias negativas son aún mayores para el caso de adolescentes embarazadas (Fundación Bengoa, 2018).

Por otra parte, infecciones como malaria, el VIH/SIDA o los parásitos gastrointestinales pueden agravar su desnutrición. Las deficiencias de micronutrientes de las madres pueden hacer que disminuya el peso del/a niño/a al nacer y poner en riesgo su supervivencia; la deficiencia de yodo se vincula a malformaciones congénitas y retraso mental, mientras que la deficiencia de vitamina B12 está vinculada al aumento de riesgo de diabetes. De igual manera, la ingesta insuficiente de determinados ácidos grasos puede afectar el desarrollo de los fetos (OMS, 2011a).

Con todo esto, es clara la importancia de promover una adecuada alimentación de las mujeres, con los que se sugiere brindarles las siguientes recomendaciones (Fundación Bengoa, 2018):

- Mantener una alimentación variada y equilibrada, que proveerá la energía y nutrientes necesarios para la salud materna y el desarrollo y crecimiento del/a bebé.
- Consumir alimentos de todos los grupos: granos, cereales, tubérculos y plátanos; hortalizas y frutas; leche, carnes y huevos; grasas y aceites y azúcares
- Ingerir ocho vasos de agua o dos litros al día.
- Tomar las comidas principales desayuno, almuerzo y cena, más tres meriendas diarias de frutas (enteras o licuadas) y lácteos (leche o yogurt).
- Consumir suplementos de vitaminas y minerales como ácido fólico, hierro y calcio, se incrementan en el embarazo.
- Evitar el consumo de alimentos crudos como huevo, pescados, carnes, etc.
- Eliminar productos dañinos, tales como alcohol (cerveza, vino u otra bebida alcohólica), cigarrillos y drogas ilícitas, especialmente perjudiciales para la embarazada y su hijo/a. El consumo de alcohol, causa retardo del crecimiento, anomalías oculares y articulares, retraso mental, malformaciones y abortos espontáneos.
- Disminuir o eliminar el consumo de café durante el embarazo. Los estudios demuestran que la cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del/a bebé.
- Lavar muy bien las frutas y vegetales que se consumen crudos.
- Moderar el consumo de sal, existen alimentos procesados que tienen sal (enlatados, embutidos, salsas).

Adicionalmente, la OMS (2011a) considera que para mejorar el estado nutricional de las mujeres hay que actuar en sectores distintos de la salud y recomiendan algunas intervenciones:

1. A nivel social y económico, recomiendan la educación universal de las mujeres, el trato preferencial de los grupos minoritarios, la redistribución de recursos (mediante sistemas de bienestar social o transferencias de efectivo) y la concesión de microcréditos a las mujeres.
2. A nivel de agricultura, las acciones deben ir dirigidas a mejorar la calidad nutricional de los cultivos, invertir en las actividades de los/as pequeños/as agricultores/as y desarrollar tecnologías que aumenten la productividad y al mismo tiempo permitan que tanto mujeres como hombres dispongan de tiempo para cuidar a sus hijos/as.
3. A nivel de riesgos ambientales, destacan la necesidad de garantizar el saneamiento del agua, la eliminación de vectores y la mejora de viviendas para evitar el hacinamiento y la contaminación de interiores.
4. A nivel laboral, es preciso que se apliquen las leyes relativas a la protección de la maternidad, como el Convenio sobre la protección de la maternidad de la OIT.
5. Adicionalmente incluyen medidas dirigidas a reducir las inequidades en cuanto al estado nutricional de los micronutrientes, que son: adoptar leyes sobre enriquecimiento de los alimentos, aprovechar al máximo las oportunidades de contacto de la población con los servicios de salud (por ejemplo, administrar suplementos al mismo tiempo que vacunas), impartir formación sobre la alimentación de los lactantes y los/as niños/as pequeños/as, potenciar la capacidad de acción de las mujeres, realizar transferencias de efectivo destinadas a mejorar la dieta de los/as niños/as y formar al personal pertinente en asesoramiento nutricional.
6. Finalmente, recomiendan que en la ejecución de esos programas y políticas se incorporen instituciones gubernamentales, sociedad civil y organizaciones no gubernamentales.

7. En definitiva, para mejorar la salud y el estado nutricional de las mujeres antes de la concepción, durante el embarazo y la lactancia es preciso adoptar medidas destinadas a aumentar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios, proporcionar información sobre las afecciones relacionadas con la nutrición y formular políticas basadas en datos científicos y orientaciones para la ejecución de programas.

3.2.2 Identificación de necesidades obstétricas urgentes

Existen complicaciones de salud que pueden presentarse en las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que pueden conducir a muertes maternas o muertes perinatales (del/a niño/a). La mortalidad materna es definida por la OMS como la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días próximos después del mismo, cuyas causas están relacionadas con o agravadas por el embarazo o su atención. La mayoría de esas complicaciones surgen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son (OMS, 2018):

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos inseguros.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH/SIDA en el embarazo o causadas por las mismas.

La mayoría de las muertes maternas se pueden evitar mediante la atención prenatal durante la gestación y la atención especializada durante el parto y las primeras semanas del postparto. Es importante destacar además que la salud materna y la neonatal están estrechamente vinculadas, por lo que es importante que se reciba la adecuada atención.

Una hemorragia grave puede matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada, la inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia; las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y

reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección; la preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales; la administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia. Finalmente, para evitar muertes maternas también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto (OMS, 2018).

En grandes ciudades y en países de ingresos elevados, un alto porcentaje de mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios/as capacitados/as y reciben atención posnatal; sin embargo, la pobreza, la distancia remota a centros de salud, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y algunas prácticas culturales impiden que mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario, siendo el primer obstáculo la dificultad de identificación de la complicación por parte de las propias mujeres en sus comunidades. Esto comprende el retraso en decidir buscar atención, que está estrechamente vinculado a las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir. Cualquier demora en recibir el tratamiento apropiado puede costarle la vida. Por ejemplo: no saber que su embarazo es de alto riesgo, no conocer las limitaciones de los establecimientos de salud cercanos para la atención, querer esperar a la pareja para ir al centro de salud, etc. (UNFPA/MINMUJER, 2016).

La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro, ante los cuales debe buscarse atención médica, estos son (Torres, 2015):

- **Fiebre:** el embarazo en la mujer es fisiológico y no causa fiebre; sin embargo, las gestantes están predispuestas a enfermedades

infecciosas. Ante la presencia de fiebre asociada a infección del tracto urinario, infecciones respiratorias e intraútero es puntual buscar ayuda médica.

- **Edema:** en el embarazo el edema es normal sobre todo en el último trimestre y en los primeros diez días próximos al parto. Si el edema es clínicamente importante en rostro y manos sucede en el 50% de las gestantes, el edema en miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en aproximadamente el 80%. Si el edema esta en cara, extremidades superiores y hay aumento drástico de peso sobre todo en el tercer trimestre del embarazo, hay que examinar y evaluar la posibilidad de un síndrome hipertensivo del embarazo; por ello es fundamental buscar asistencia hospitalaria.
- **Hemorragia vaginal:** este signo está en aproximadamente la tercera parte de las embarazadas sobre todo en el primer trimestre de la gestación y va disminuyendo hasta en un 10% en el tercer trimestre. La hemorragia en el primer trimestre es indicativa de amenaza de aborto, mola hidatiforme o embarazo ectópico; mientras que si se presenta en el segundo y tercer trimestre está asociada a desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa. Los sangrados pueden llegar a ser peligrosos tanto para la madre como para el feto pudiendo ocasionar hasta la muerte del/a bebé, por lo que es importante acudir a un/a médico/a o centro de emergencia.
- **Salida de líquido amniótico:** éste es secundario a una ruptura prematura de membranas y sucede en el último trimestre de embarazo aunque también puede darse en el segundo trimestre. Las membranas ovulares tienen diferentes funciones, una de las principales es el de fungir como barrera protectora contra microorganismos que se encuentran en vagina y útero. Si estas membranas se rompen los microorganismos pueden ascender desde la vagina o útero hacia el líquido amniótico y pueden producir alguna infección al feto, esto como consecuencia aumenta las probabilidades de morbilidad tanto materna como fetal.
- **Náuseas y vómitos excesivos:** se calcula que aproximadamente el 50-80% de las mujeres embarazadas sienten náuseas y presentan vómitos exagerados, que se intensifican cerca de la cuarta semana, pueden llegar a estar presentes hasta las

12-15 semanas y van desapareciendo; según los niveles de estas hormonas van decreciendo. Estos signos son más frecuentes en adolescentes y madres primerizas. Cuando existen náuseas y vómitos en exceso, puede llevar a la embarazada a una deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras carencias nutricionales, incluso cetosis. Si esto no se trata a tiempo la paciente puede llegar a presentar trastornos neurológicos, lesiones hepáticas, lesiones renales e incluso hemorragia de la retina. De ser así la gestante debe ser hospitalizada de inmediato para ser hidratada por vía intravenosa.

- **Hipertensión:** la hipertensión en el embarazo puede llegar a ser altamente peligrosa tanto como para el feto como para la madre. En las últimas semanas del primer trimestre la presión arterial comienza a descender teniendo su nivel más bajo durante el segundo trimestre pero vuelve a elevarse durante el tercer trimestre teniendo su nivel máximo al terminar la gestación. El aumento de la presión en el embarazo es multicausal, principalmente está involucrada la posición de la embarazada, ruidos de Korotkoff que se relacionan con estrés, y la hora del día en que se toma la presión arterial.
- **Convulsiones:** este signo es relevante clínicamente sobre todo si se relaciona con presión alta, ya que indica eclampsia, la cual pone en peligro la vida de la madre y del feto. Las convulsiones eclámpicas no son distintas a las de la epilepsia. Hasta que no se demuestre lo contrario las convulsiones en la embarazada deben de pensarse en eclampsia.
- **Cefalea:** este síntoma es normal que aparezca en el embarazo. Aparece principalmente durante el primer trimestre. Después de este tiempo la embarazada no debería de presentar cefalea, visión borrosa o mareos, ya que esto puede ser indicativo de preeclampsia o eclampsia.
- **Movimientos fetales disminuidos:** este síntoma nos puede dar información acerca de la condición fetal y es importante su evaluación en consulta

médica. La madre puede sentir los movimientos fetales entre las 18 y 22 semanas del embarazo. Si el feto aumenta sus movimientos después de que la madre coma es un signo de bienestar, por el contrario, si el feto no aumenta estos movimientos podría sugerirnos que exista hipoxia fetal. Si la madre no percibe los movimientos o están disminuidos significativamente la madre debe buscar ayuda médica para evaluar el bienestar fetal y descartar cualquier complicación.

- **Disuria:** con frecuencia en el embarazo existe urgencia de orinar, e incluso orina involuntaria. Esto es debido a que el útero está presionando a la vejiga contra la pelvis. Pero cuando existen manifestaciones como el dolor al orinar se debe de pensar en infecciones urinarias. Las infecciones del trato urinario (ITU) son comunes, representan alrededor del 10% de las consultas al médico en mujeres, el 15% de las mujeres presentaran una infección del tracto urinario durante su vida, y en embarazadas la incidencia puede llegar al 8%. Los cambios hormonales y la anatomía del tracto urinario durante la gestación, hacen que sea más fácil para los microorganismos ascender a través de los uréteres hacia los riñones. Por eso es importante realizar análisis de orina rutinarios, al menos tres durante todo el embarazo para descartar cualquier ITU.
- **Trastornos visuales o auditivos:** los síntomas en visión y audición tienen relevancia si se relacionan con cefalea intensa, escotomas, etc., este síntoma pueden guiar para descartar preeclampsia.
- **Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación:** este síntoma nos puede ayudar para mantenerse alerta ya que puede ser un indicador que el trabajo de parto ya va a comenzar y el/la bebé nacería prematuro/a. Es importante que la paciente, sobre todo en las, conozcan como son las contracciones y sus características: dolorosas, frecuentes y regulares.

La falta de identificación y reconocimiento a tiempo de estos signos y síntomas de alarma

Gráfico 1: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño

MODELO URUGUAYO DE REDUCCIÓN DE RIESGO Y DAÑO		
ANTES Asesorar, informar: • Alternativas al aborto • Métodos de aborto y sus riesgos, incluyendo información sobre el misoprostol. Empoderamiento Análisis epidemiológico	DECISIÓN DE LA MUJER	DESPUÉS Atención integral de salud Prevención de complicaciones Rehabilitación integral Anticoncepción Análisis epidemiológico

Fuente: Iniciativas Sanitarias, 2012.

en el embarazo pone en riesgo a la madre y al feto. Se ha demostrado que los programas dirigidos a capacitar a las gestantes para esta identificación ayudan a disminuir las complicaciones obstétricas ya que colaboraron con la identificación y la búsqueda de ayuda temprana.

3.2.3 Asesoría y atención pre y post aborto

El aborto inducido o provocado es una realidad, las mujeres y las adolescentes se practican abortos ante embarazos no deseados. Países como España, cuentan con una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Oficial del Estado, 2010); no obstante, otros países mantienen leyes restrictivas ante el aborto, unos con mayores restricciones que otros, por lo que la posibilidad de acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo es bastante limitada, con lo que muchas mujeres ponen en riesgo su vida y su salud.

Para los países con panorama jurídico restrictivo y ausencia de servicios, y con el objetivo de: disminuir la morbilidad materna por aborto, los abortos en condiciones de riesgo, los embarazos no deseados y disminuir la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto voluntario, desde el 2001 Uruguay ha implementado una estrategia para reducir los riesgos y los daños causados por el aborto inseguro, que es recomendada por OPS/OMS para países con legislación restrictiva ante el aborto provocado. El modelo consiste en brindar asesoramiento pre y post aborto, en un marco ético-legal que garantice la confidencialidad, y provea atención sanitaria posterior si se concreta la interrupción del embarazo. En la estrategia se parte del reconocimiento del derecho de las mujeres a recibir atención a la salud en cualquier circunstancia vital y a recibir asesoramiento que le permita tomar sus decisiones de la mejor manera posible. Para llevarlo a cabo es preciso generar cambios al interior de las instituciones de salud dando una respuesta solidaria y oportuna a las mujeres frente al problema del embarazo no deseado (Iniciativas Sanitarias, 2012).

Partiendo de este modelo, se ha diseñado un abordaje específico pre y post aborto dirigido a aquellas adolescentes que manifiesten su deseo de interrumpir el embarazo. Es aconsejable que en la asesoría pre aborto se realice lo siguiente (Vásquez; s/f):

- a. Recurrir a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y psicológico con el objetivo de realizar una reflexión conjunta sobre:
 - causas del deseo de interrumpir la gestación;
 - influencia de familiares o allegados/as en la toma de decisión;
 - la conveniencia de incluir a la pareja;
 - la existencia de redes de apoyo.

- b. Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión.
- c. Brindar la información necesaria y la posibilidad de otras instancias como puede ser la adopción, para la toma de una decisión informada, consciente y responsable.

A partir de la consulta se hará una evaluación de cada caso que incluya:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional, de normoimplantación y para descartar patología embriofetal (ectópico, huevo muerto, etc).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Información acerca de los diferentes riesgos inherentes a cada una de las prácticas habituales.
- Explicitar la necesidad de la consulta post aborto inmediata.
- Conocer esta forma de actuar es imprescindible para asesorar correctamente a la adolescente, en función de disminuir los riesgos y daños en cada caso.

En el caso de adolescentes que acuden luego de un aborto, es preciso que los servicios de salud brinden las intervenciones médicas requeridas para garantizar su salud y prevenir

complicaciones, pero además, es preciso asegurar la protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva para evitar la reiteración de embarazos no deseados.

3.2.4 Lactancia materna

Amamantar a su bebé o no hacerlo es una decisión exclusiva de la madre. Si bien la leche materna es considerada el alimento más completo desde el punto de vista bioquímico, no todas las madres optan por brindarla, bien sea porque a la mujer no le sea posible hacerlo debido a situaciones médicas específicas o bien porque lo haya decidido. Cada una de estas opciones es válida y respetable, además, es preciso tener en cuenta que las leches de fórmula o leches maternizadas proporcionan a las y los bebés los nutrientes que requieren para desarrollarse sanamente.

Ahora bien, la leche materna reporta una serie de beneficios al niño o niña ya que es alimento de mejor digestión; es la fuente natural de nutrientes más eficiente y supera a la de cualquier fórmula modificada o artificial; contiene células y anticuerpos que le protegen contra enfermedades, tales como: alergias, diabetes, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, otitis, diarreas y caries; le asegura un sano crecimiento y un desarrollo integral; le proporciona un mejor desarrollo psicomotor, emocional, y social; y fomenta las bases para una buena relación madre – hijo o hija.

La lactancia materna también reporta beneficios a la madre, en tanto protege su salud; es práctica, porque está disponible siempre que el niño o niña lo solicite en cualquier lugar, a temperatura adecuada y no requiere preparación previa; ayuda al restablecimiento de la salud general de los órganos reproductores femeninos; y previene la formación de quistes mamarios (UNICEF, 2005). Adicionalmente,

la composición de la leche materna en comparación a otras leches es mucho más beneficiosa para el/la bebé (ver Tabla 15).

Tabla 15: Diferencias entre las diversas leches

	LECHE HUMANA	LECHE ANIMAL	LECHE ARTIFICIAL
Contaminantes bacterianos	Ninguno	Probable	Probable al mezclarla
Factores anti-infecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
Factores de crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Cantidad correcta, fácil de digerir	Demasiada, difícil de digerir	Parcialmente corregidas
Grasa	Suficientes ácidos grasos esenciales. Lipasa para la digestión	Faltan ácidos grasos esenciales. No tiene lipasa	Faltan ácidos grasos esenciales. No tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad. Bien absorbida	Pequeña cantidad. No se absorbe bien	Cantidad extra añadida. No se absorbe bien
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y vitamina C	No se le añaden vitaminas
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra

Fuente: OMS, OPS y UNICEF (1993)

Es recomendable sugerir a la madre iniciar la lactancia desde el nacimiento, en la primera hora de vida. Este inicio temprano es recomendable por dos razones, una está vinculada al hecho de que inmediatamente después del nacimiento el bebé se encuentra en un estado reactivo que cederá al pasar las primeras horas, para luego entrar en un estado de somnolencia que suele durar unas 24 horas, por lo que es importante aprovechar este período vital de reactividad para favorecer un inicio exitoso de la lactancia; la otra razón tiene que ver con que la lactancia facilita las contracciones del útero para disminuir la intensidad del sangrado, y con la succión, el pezón se estimula y se activan las hormonas necesarias para producir leche. Cuanto más succione el/la bebé más leche se producirá (Gobierno de la Rioja, 2014).

Para alcanzar una adecuada producción de leche, se debe sugerir a la madre lo siguiente (UNICEF, 2012):

- Poner al niño/a al pecho tan pronto nazca;
- Dar de mamar de día y de noche, cada vez que el niño o niña lo pida;

- Dar de mamar en una posición cómoda;
- Dar de mamar hasta que el niño/a quede satisfecho;
- Durante los primeros 6 meses dar sólo pecho y nada más. No dar agüitas ni otros líquidos;
- No introducir en la boca del niño o niña ni mamaderas, ni chupones, ni chupetes porque pueden producirle diarrea, se le confunde la lengua y rechaza el pecho;
- La mamá debe comer un poco más de lo acostumbrado y debe tomar más líquidos.

La mamá debe estar relajada y tener una actitud positiva sobre la lactancia materna. Entre más mame el niño o niña, más leche produce la madre. Entre más leche tome el niño o niña, más aumentará de peso.

La OMS recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y a partir de los seis meses y hasta los 2 años de edad, recomiendan seguir con lactancia materna, e ir introduciendo, de forma complementaria, otros alimentos (UNICEF, 2011b).

Ver herramienta 3: técnica recomendable para la lactancia materna

Si bien la lactancia materna es recomendable en la mayoría de los casos, la OMS y UNICEF (2009) identifican algunos casos en los que la existencia de afecciones maternas y del recién nacido justifican la recomendación de que no amamante o que introduzca los sucedáneos de leche materna de manera temporal o permanente. Estos casos son:

AFECCIONES INFANTILES

Recién nacidos con alguna de estas afecciones no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:

- Galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa;
- Enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina;
- Fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar un poco, por un tiempo, con monitorización cuidadosa).

Recién nacidos/as para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna:

- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g);
- Muy prematuros/as, (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación);
- Recién nacidos/as con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pretérmino, pequeños/as para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos/as y aquellos/as cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna optima o alimentación con leche materna.

AFECCIONES MATERNAS

1. Madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar;
2. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia de manera permanente (Infección por VIH/SIDA);
3. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente:
 - por enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia
 - por herpes Simplex Tipo I: se debe evitar contacto directo ente las lesiones en el pecho materno y la boca del bebe hasta que toda lesión activa haya sido resuelta
 - por medicación materna:
 - medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles;
 - es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones más seguras disponibles, la madre puede reiniciar

la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia;

- el uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodopovidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anormalidades electrolíticas en el/la bebé amamantado/a y deberían ser evitados;
- la quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

- por uso de sustancias:
 - se ha demostrado efecto dañino en los/las bebés amamantados/as de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados;
 - el alcohol, opioides, benzodiacepinas y cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como el/la bebé. Las madres deberían ser alentadas a no utilizar estas sustancias y tener oportunidad y apoyo para abstenerse.

4. Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes:
 - Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento;
 - Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después;
 - Hepatitis C;
 - Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección;
 - Tuberculosis: la madre y el/la bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis.

3.2.5. Higiene sexual

La higiene de la zona genital es un elemento clave para alcanzar una salud sexual y reproductiva satisfactoria (UNFPA, 2010).

La zona genital, tanto de mujeres como de hombres, posee una ubicación, morfología y funcionalidad que hacen que requiera una higiene y cuidados específicos, toda vez que en esta zona confluyen un conjunto de órganos que albergan la función de reproducción, sintetizan las hormonas sexuales y permiten la micción y la defecación. La convivencia de estos sistemas en esta zona hace que tenga unas

particularidades en cuanto a su cuidado e higiene (Bonnet, Ramón y Garrote, Antonieta 2010). Por tal motivo, es conveniente que las personas conozcan hábitos de higiene, entre los cuales se recomiendan:

- Hay que prestarle mucha atención a la zona inguinal, ya que un exceso de humedad o sudor es el ambiente idóneo para la proliferación de hongos y bacterias.

Para las mujeres:

- Aseo diario de la vulva. La frecuencia en el lavado de esta zona íntima depende de la actividad física de cada día, de si se tienen pérdidas de orina o se ha mantenido actividad sexual. En principio, con un aseo diario sería suficiente con aseos adicionales si son requeridos;
- Durante la menstruación, no hay por qué lavarse con más frecuencia. Se recomienda el uso de copas menstruales;
- Al momento de orinar o defecar los movimientos para el aseo de la zona deben ser realizados de adelante hacia atrás para evitar trasladar los gérmenes del área anal a la vaginal, puesto que se podrían provocar infecciones;
- No se recomiendan las duchas vaginales ya que eliminan la flora vaginal protectora y puede provocar una mayor susceptibilidad a las infecciones y propagar las existentes a los órganos de la pelvis. Es muy importante cuidar la flora vaginal, ya que su desprotección puede conllevar molestias y flujo desagradable.

Para los hombres:

- Deben lavarse los genitales cada día. Detrás del borde del glande y bajo el prepucio, hay unas glándulas que secretan una sustancia viscosa denominada “esmegma”, que se acumula en el surco balanoprepucial, sobre todo en los varones no circuncidados. Esto exige una extrema higiene, ya que, además de producir un fuerte olor, puede ser el origen de irritaciones y de infecciones por hongos y bacterias. Cada día y siempre después de mantener relaciones sexuales, hay que retirar el prepucio completamente hacia atrás y limpiar minuciosamente el glande con agua y jabón para dejarlo libre de secreciones. También hay que lavar bien, con agua y jabón, el resto del pene y los testículos;

Para ambos:

- En caso de observar algún olor o secreción extraña se recomienda acudir a una evaluación médica, ya que los mismos pueden denotar infecciones;
- En las relaciones sexuales se recomienda utilizar condones para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

3.3 Planificación familiar

La planificación familiar hace referencia al conjunto de prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres (y madres) y determinar el número de niños/as que constituirá el núcleo familiar (Valero, P., Rausell, D., Pacheco, C. y García, J., s/f). Esta planificación familiar está englobada en el concepto de salud sexual y reproductiva definida por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad y paternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos.

Muchas personas utilizan la planificación familiar y los métodos anticonceptivos para evitar embarazos pero fracasan por diversas razones, bien sea por no haber recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiado, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos secundarios o que no cuenten con las cantidades necesarias de suministros. Es preciso mejorar el apoyo a las personas para que logren el control y las mejores decisiones acerca de su propia fertilidad, esto es crucial para todas las personas, pero sobre todo para las mujeres en su autodeterminación (OMS, 2011c), pero además apoya la salud y el desarrollo de las comunidades (OMS, 2018b). Para esto, es importante promover la planificación familiar en las

comunidades, pero no solo promoverla en las mujeres sino también en los hombres (Lundgren, R et al, 2005).

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, para toda persona sexualmente activa, en particular, como ya se ha mencionado, para las y los adolescentes. Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto las mujeres como los hombres deben ser remitidos a un/a médico/a (OMS, 2011c).

A la hora de tomar decisiones sobre los métodos anticonceptivos su selección usualmente es realizada en función a (Valero, s/f):

- Eficacia o capacidad del método para impedir la gestación;
- Seguridad o capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o usuaria, o de amenazar su vida;
- Reversibilidad, que valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras abandonar el uso de un método determinado;
- Complicación-complejidad de uso del método, que puede requerir el adecuado conocimiento del ciclo menstrual, la manipulación de los genitales o el establecimiento de una rutina pueden suponer la no correcta utilización de un método anticonceptivo, sobre todo en personas o grupos de especial vulnerabilidad en nuestro entorno;
- Relación con el coito. Los métodos anticonceptivos pueden tener relación inmediata, mediata o lejana con el coito, influyendo esta relación junto a la frecuencia de actividad coital en el consejo contraceptivo y en la elección que realiza la pareja;
- Precio, es un aspecto considerado poco importante pero es un factor que influye en el uso de los distintos métodos anticonceptivos.

En las siguientes tablas (16 y 17) se muestra una breve descripción de los principales métodos anticonceptivos (modernos y tradicionales), cómo funcionan, su eficacia y observaciones importantes.

La elección de un método anticonceptivo debe considerar, además de las características de los diferentes métodos anticonceptivos, algunas otras vinculadas al individuo o pareja, entre las que destacan la motivación (actitud positiva o negativa hacia el método anticonceptivo, condicionada por las relaciones sexuales y el objetivo de la contracepción) y el perfil de la persona (edad, nivel cultural, grado de información, creencias y estado de salud).

Tabla 16. Métodos modernos

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	CÓMO FUNCIONA	EFICACIA PARA PREVENIR EL EMBARAZO	OBSERVACIONES
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.
Anticonceptivos orales	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular o bajo la piel cada 2 o 3 meses, según el producto	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente	El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias

Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de menstruación) en un grupo de usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH/SIDA
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH/SIDA
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Retrasa la ovulación	Si 100 mujeres tomaran la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada	No altera el embarazo si este ya se ha producido
Método de días fijos	Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	95% si se usa de manera correcta y sostenida. 88% tal y como se usa comúnmente	Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja

Método de la temperatura basal corporal	La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	99% si se usa de manera correcta y sostenida. 75% tal y como usa comúnmente	Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual
Método de los dos días	Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	96% si se usa de manera correcta y constante. 86% con una práctica típica o común	Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones
Método sintotérmico	Consiste en determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	98% si se usa de manera correcta y sostenida. Se notificó un 98% , tal y como se practica comúnmente	Podría ser preciso utilizarlo con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquia y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de la temperatura corporal

Fuente: OMS, 2018b

Tabla 17. Métodos tradicionales

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	CÓMO FUNCIONA	EFICACIA PARA PREVENIR EL EMBARAZO	OBSERVACIONES
Método del calendario o método del ritmo	Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado)	Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo	91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente.	Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se están tomando medicamentos (por ejemplo, ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que pueden alterar el momento de la ovulación
Marcha atrás (coitus interruptus)	Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos	Se trata de impedir que el espermatozoides entre en la vagina para evitar la fecundación	96% si se usa de forma correcta y sostenida. 73% tal y como se practica comúnmente (Trussell, 2009).	Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina

Fuente: OMS, 2018b

3.4 Prevención del VIH/SIDA y las ITS

Mantener una vida sexual activa entraña la posibilidad de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) incluida la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); no obstante, existen formas de prevenirlas, siendo las principales, el uso del condón y la práctica del sexo seguro. Estas últimas son actividades de naturaleza sexual cuyo riesgo es nulo o bajo.

Las actividades sexuales con riesgo nulo son: masturbarse, manipular los órganos genitales de la pareja, frotarse el cuerpo mutuamente, besarse, usar juguetes sexuales limpios y tener sexo oral con condón. Las de riesgo bajo son: el sexo vaginal o anal con condón, el sexo oral sin condón ni barrera bucal y, besarse con una persona con llagas o sangrado en la boca. Pero además es preciso saber que las actividades con riesgo alto son tener sexo vaginal o anal sin condón (Planned Parenthood Federation of America, 2018)

En este apartado se presenta la definición y clasificación de las principales ITS, lo que son los programas integrales de ITS y VIH, y finalmente la importancia del suministro de condones y tratamiento antirretroviral.

3.4.1 Infecciones de transmisión sexual

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) incluye un conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión (Anzalone y Mattera, 2008). Las ITS involucran principalmente la esfera genital y existe la posibilidad, para algunos de los agentes participantes, de generar infecciones diseminadas que pueden llegar a lesionar numerosos órganos. En base a su aparición, se identifican tres generaciones de ITS, en la primera generación están la sífilis, la gonorrea y el chancro blando; de segunda generación están las producidas por *C. Trachomatis*, *Mycoplasma spp* y Herpes virus genital; de tercera generación a las producidas por Papiloma virus humano, virus de la hepatitis y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Ídem).

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual – vaginal, anal u oral –, pero también se pueden propagar por medios no sexuales, como a través de las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS – en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH/SIDA y la sífilis –, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Se conocen

más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, de los cuales, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de ITS. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro – hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH/SIDA y virus del papiloma humano (VPH) – son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (OMS, 2016a).

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS (Ídem):

- La clamidiasis, gonorrea, sífilis (ITS bacterianas) y la Tricomoniasis (ITS parasitaria) son curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única;
- Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla;
- 5. Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal, y constituyen la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer. Entre 10 a 40% de las mujeres con infecciones por clamidia no tratadas presentan enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática y el daño de las trompas por la infección es responsable de 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina. Mujeres que han sufrido EIP tienen de 6 a 10 veces mayor probabilidad de tener embarazos ectópicos (tubáricos) y entre 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EIP. La infección por algunos tipos de VPH puede llevar a la aparición de cáncer genital, en particular del cuello uterino. Las ITS no tratadas se asocian a infecciones congénitas y perinatales en los recién nacidos, sobre todo en regiones en las que las tasas de infección siguen siendo elevadas. Por otro lado, en mujeres con sífilis temprana no tratada, 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y 14% en muerte neonatal, lo cual representa una mortalidad perinatal general de aproximadamente 40% (Reyes, 2016).

A su vez, en las infecciones gonocócicas no tratadas en mujeres, los abortos espontáneos

y los partos prematuros pueden llegar a 35%, y las muertes perinatales a 10%. En ausencia de profilaxis, entre 30 a 50% de los lactantes cuyas madres tenían gonorrea no tratada, y hasta 30% de aquellos cuyas madres tenían infecciones por clamidia no tratadas contraen infecciones oculares graves (oftalmía neonatal) que pueden ser causa de ceguera si no se tratan rápidamente. En todo el mundo, esta afección causa ceguera a unos 1000 – 4000 recién nacidos cada año (Ídem).

La persona con una o más ITS, que no recibe tratamiento, o éste no sea el adecuado, o se aplica sin seguir las indicaciones apropiadas, puede desarrollar alguna de las siguientes complicaciones (Ídem):

- Esterilidad o infertilidad;
- Tener bebés pretérmino, con bajo peso al nacer o mortinatos;
- Presentar lesiones en cuello uterino y genitales internos;
- Presentar lesiones y hasta deformación de los genitales externos y de la región anal;
- Presentar ITS original o el VIH/SIDA con una o dos ITS adicionales. Es frecuente que una misma persona sufra dos o tres ITS al mismo tiempo;
- Asociarse con cáncer de cuello uterino. Esto es particularmente posible en el caso de algunos tipos de VPH llamados de alto riesgo, sobre todo si se asocia a otros factores de riesgo como el inicio temprano de una vida sexual activa, múltiples parejas sexuales y pobre higiene genital de ella o de su pareja;
- Muchas de las ITS y el VIH/SIDA pueden transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia;
- Trastornos psicológicos.

En la Tabla 18 (siguiente página) se enumeran algunas diferencias importantes entre las ITS, así como el síndrome que se presenta. No se incluyen la infección por el VIH o por el virus de la hepatitis B ya que no se presentan con un síndrome característico.

La mejor política para la prevención de las ITS es evitar la exposición sin métodos anticonceptivos. En el primer nivel de prevención, la probabilidad de exposición a las ITS, puede ser reducida mediante la utilización correcta y consistente de condones (OMS, 2005).

Cuando se presentan es preciso realizar el pronto reconocimiento y el tratamiento efectivo de la ITS, lo que no sólo disminuye las probabilidades de complicaciones para el/la paciente sino que también previene nuevas

Tabla 18. Síndromes de ITS comunes

SÍNDROME	ITS	MICROORGANISMO	TIPO	TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL	CURABLE
Úlcera genital	Sífilis	Treponema Pallidum	Bacteriana	Sí	Sí
	Chancroide	Haemophilus ducreyi	Bacteriana	Sí	Sí
	Herpes	Virus Herpes simplex (VHS-2)	Viral	Sí	No
	Granuloma inguinal (donovanosis)	Klebsiella granulomatis	Bacteriana	Sí	Sí
	Linfogranuloma venéreo	Clamidia trachomatis	Bacteriana	Sí	Sí
Flujo	Vaginosis bacterial	Múltiples	Bacteriana	No	Sí
	Infección por hongos	Candida albicans	Fúngica	No	Sí
	Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae	Bacteriana	Sí	Sí
	Clamidia	Clamidia trachomatis	Bacteriana	Sí	Sí
	Tricomoniasis	Trichomonas vaginalis	Por protozoarios	Sí	Sí
Otro	Verrugas genitales	Papilomavirus humano (HPV)	Virus	Sí	No

Fuente: OMS, 2005

infecciones. Mientras más rápido se cure una ITS, menor será la posibilidad de que se transmita a otras personas. Asimismo, es importante saber que muchas de las complicaciones de las ITS ocurren cuando los microorganismos de transmisión sexual, endógenos o de otro tipo alcanzan el tracto genital superior. La manera más efectiva de prevenir las complicaciones de las ITS, como la infertilidad y el embarazo ectópico, es evitar las infecciones del tracto genital superior. Esto supone (Ídem):

- la prevención y tratamiento de las ITS;
- control prenatal satisfactorio y prácticas de parto seguras;
- realización de procedimientos transcervicales en forma segura;
- adecuada atención postaborto y adecuado tratamiento de las complicaciones.

Ver herramienta 4: los 15 pasos para reducir las ITS

3.4.2 Planificación de programas integrales de ITS y VIH/SIDA

Los programas integrales de salud son una estrategia de prestación de servicios a las comunidades, que están dirigidos a la promoción de la salud, la prevención y la detección de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los programas integrales están enfocados a poblaciones clave o grupos específicos, como pueden ser adolescentes, jóvenes, personas LGBT+, personas indígenas, personas privadas de libertad. En particular, estas últimas podrían tener acceso limitado a la prevención debido a un posible estigma y discriminación, por lo tanto, se deben implementar medidas personalizadas para garantizar que se respete su derecho a la prevención.

Estos programas cuentan con unos principios rectores para su implementación (PNUD, 2016), que son los siguientes:

1. **La protección de los Derechos Humanos de todas las personas**, particularmente de quienes pertenecen a poblaciones clave (adolescentes, mujeres, personas trans) es fundamental para la formulación de estas normas. Se debe promover y hacer cumplir leyes en contra de la discriminación y de protección ajustadas a los estándares de Derechos Humanos dirigidas a combatir el estigma, la discriminación y la violencia a las que se enfrentan las poblaciones clave y reducir su vulnerabilidad al VIH/SIDA.

2. **Abogar por la igualdad de género**, que implica que todas las personas, con independencia de su sexo, expresión de género, identidad de género u orientación sexual, tienen los mismos derechos a la salud, la seguridad, la dignidad y la autonomía.

3. **El acceso a una asistencia médica de buena calidad es un derecho humano**, lo que incluye no sólo la propia asistencia médica adecuada, sino que además esta sea realizada sin discriminación. Por tanto deben ser accesibles, satisfactorios y de calidad para todas las poblaciones clave.

4. **El acceso a la justicia es una prioridad fundamental**. Las personas de poblaciones clave tienen derecho, como cualquier ciudadano/a, a no ser sometidas a arrestos y detenciones arbitrarios; a un juicio imparcial; el derecho a no sufrir torturas ni tratos crueles, inhumanos y degradantes; y el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud. Para proteger los Derechos Humanos es necesaria la colaboración de los organismos de asistencia médica y los encargados de hacer cumplir la ley, incluidos los que dirigen las prisiones y otros lugares de reclusión.

5. **Los servicios deben ser satisfactorios para que sean eficaces**. Las intervenciones destinadas deben ser respetuosas, satisfactorias, adecuadas y asequibles para sus receptores/as, a fin de garantizar su participación y que no abandonen los cuidados. Los servicios para las poblaciones clave emplean a menudo modelos apropiados de prestación de servicios, pero carecen de experiencia en VIH/SIDA y a la inversa, es posible que las personas de poblaciones clave consideren que los servicios especializados en VIH/SIDA no son satisfactorios. Es necesario fomentar la capacidad de los servicios en ambos frentes. Dos métodos efectivos para alcanzar este objetivo son consultar con organizaciones dirigidas por poblaciones clave e incluir a compañeros/as en la prestación de servicios.

6. **Alfabetización de salud**. Con frecuencia, las personas carecen de suficientes

conocimientos de salud, lo cual puede dificultar que adopten decisiones relativas a comportamientos que implican el riesgo de contraer el VIH y la búsqueda de atención médica. Los servicios de salud deben proporcionar periódica y sistemáticamente información precisa en materia de salud y al mismo tiempo, deberán reforzar la capacidad de las y los profesionales para prevenir y tratar el VIH en poblaciones clave.

7. **Prestación de servicios integrados**. Las personas con VIH pueden presentar múltiples comorbilidades y unas situaciones sociales deficientes. Los servicios integrados deben brindar la oportunidad de que la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la multiplicidad de problemas que afectan a estas personas estén centrados en los pacientes. Además, unos servicios integrados propician que la comunicación y la atención sean mejores.

8. **El empoderamiento comunitario** implica un proceso por el que las personas de poblaciones clave se empoderan y reciben apoyo para hacer frente por sí solas a las barreras estructurales a las que se enfrentan en relación con su salud, sus Derechos Humanos y su bienestar, y por el que mejoran su acceso a servicios orientados a reducir las probabilidades de que se infecten con el VIH. Es fundamental que la comunidad participe y ejerza su liderazgo de manera efectiva en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas toda vez que ayudan a generar confianza en las personas a las que están destinadas los programas, hacer que estos sean más integrales y respondan mejor a las necesidades de las poblaciones clave creando entornos más propicios para la prevención del VIH/SIDA.

9. **Uso de métodos participativos de programación** son útiles para incrementar la relevancia del programa, enseñan a las personas a relacionarse para la vida, ayudando a asegurar el éxito a largo plazo de los programas. Se recomienda, crear y fortalecer alianzas que prioricen la participación activa de las poblaciones clave en todos los niveles de la programación, con el objetivo de que puedan involucrarse en procesos destinados a identificar sus problemas y prioridades, analizar las causas de estos y plantear soluciones.

Este tipo de programas preventivos no poseen un enfoque individual, sino más bien poseen una adecuada comprensión de factores que determinan la vulnerabilidad de los individuos y promueven intervenciones que incorporan la reducción de la pobreza, las inequidades de género, y la discriminación de

minorías sexuales y étnicas, las cuales disminuyen el acceso a servicios de salud y educación. Estas intervenciones permiten responder efectivamente al estigma y la discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA y las poblaciones más vulnerables (Cáceres, 2004).

3.4.3 Suministro de condones y tratamiento

Los condones o preservativos masculino y femenino son los únicos dispositivos que reducen la transmisión del VIH y otras ITS, pero además previenen los embarazos no deseados. Se ha demostrado que la distribución de preservativos reduce las tasas de VIH y otras ITS, por tal motivo, ONUSIDA (2015) considera que los preservativos de calidad deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio bajo.

El abastecimiento, la distribución y la promoción eficaz de condones masculinos y femeninos son aspectos esenciales para el éxito de las intervenciones de prevención del VIH y deben ser llevados a cabo gracias a una articulación entre personas beneficiarias, organizaciones no gubernamentales, el ministerio de salud o el programa nacional sobre el VIH/SIDA, el departamento de salud reproductiva, las agencias de las Naciones Unidas, el sector privado, las organizaciones de mercado social, las agencias donantes y los ministerios de justicia. Para esto se requiere (OMS et al, 2015):

- Establecer una cadena de abastecimiento eficaz de condones masculinos y femeninos para garantizar la entrega de una cantidad adecuada en tiempo adecuado y a un costo razonable de productos de alta calidad y en buen estado. Esta cadena de abastecimiento incluye generalmente los siguientes aspectos:
 - Cálculo adecuado para el abastecimiento fiable;
 - La adquisición de condones de alta calidad y conforme a las necesidades de usuarios/as;
 - El aseguramiento de la calidad en todos los niveles;
 - El almacenamiento y el depósito adecuados que permita conservar la integridad de los productos, así como la cadena de abastecimiento;
 - La distribución en diferentes puntos de servicio que responda a las necesidades de las personas;
 - Un sistema informático de gestión logística (SIGL) para apoyar la toma de decisiones y la planificación fundamentadas.
- La promoción del uso de condones masculinos y femeninos centradas en:

- Capacidades de negociación del condón;
- Uso correcto del condón (femenino y masculino);
- Desestigmatizar el uso del condón en la sociedad en general, es decir, modificar la estigmatización de los condones al ser vistos sólo para el “sexo riesgoso” y fomentar el uso del condón como una herramienta para la “salud sexual”.
- Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón, empleando diversas estrategias, como por ejemplo: asegurar la amplia disponibilidad de condones a través de puntos de venta o por medio de máquinas expendedoras en diferentes lugares públicos y de fácil acceso y propiciar lugares adecuados para su desecho.

Además del suministro de condones, el suministro de tratamiento antirretroviral (TAR) constituye una pieza clave para poner fin a la epidemia de VIH/SIDA. El suministro de TAR ha dado lugar a un claro descenso de la mortalidad por SIDA y se ha confirmado que las personas VIH – positivo que empiezan a tomar antirretrovirales poco después de infectarse – es decir, antes de que el virus debilite su sistema inmunitario – tienen mayor probabilidad de mantener una buena salud y un menor riesgo de infectar a sus parejas. Gracias a esta información, la OMS recomienda TAR para todas las personas VIH-positivo (OMS, 2015).

Si bien el TAR es recomendable para todas las personas con VIH, su inicio debe ser inmediato en los siguientes casos de (INFOSIDA, 2018):

1. Embarazo: todas las mujeres embarazadas seropositivas deben tomar medicamentos contra el VIH lo más pronto posible, para prevenir la transmisión materno-infantil del virus y para proteger su propia salud. En general, las mujeres que toman medicamentos contra el VIH al quedar embarazadas deben seguir tomándolos durante el embarazo. Cuando se diagnostica la infección por VIH durante el embarazo, se debe comenzar a tomar el TAR inmediatamente.

2. Personas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): que es la etapa más avanzada de la infección por el VIH, deben comenzar a tomar el tratamiento antirretroviral (TAR) de inmediato. El diagnóstico de SIDA se basa en los siguientes criterios.
 - a. Un recuento de linfocitos (células) CD4 inferior a 200/mm³. Un bajo recuento de linfocitos CD4 es señal de que el VIH ha causado un daño grave al sistema inmunitario;
 - b. Enfermedad con una afección característica del SIDA. Las afecciones características del SIDA son infecciones y tipos de cáncer potencialmente mortales para las personas con el VIH. Ciertas formas de linfoma y la tuberculosis son ejemplos de afecciones características del SIDA.
3. Enfermedades y coinfecciones relacionadas con el VIH: aumentan la urgencia de comenzar a tomar el TAR. Entre estas se encuentran la enfermedad renal y ciertas infecciones oportunistas (IO) relacionadas con el VIH. Las IO se manifiestan con más frecuencia y son más graves en personas con debilidad del sistema inmunitario, como las que han contraído la infección por el VIH. Ocurre coinfección cuando una persona tiene dos o más infecciones al mismo tiempo. La coinfección por el VIH y ciertas otras infecciones, como la infección por el virus de la hepatitis B o la hepatitis C, aumentan la urgencia de comenzar a tomar el tratamiento antirretroviral (TAR).
4. Infección temprana por el VIH: la infección temprana por el VIH es el período que comprende hasta 6 meses después de contraerla. Durante ese período, la concentración del VIH en el cuerpo (llamada carga viral) a menudo es muy alta. Una carga viral alta causa daño al sistema inmunitario y aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

Pero no sólo se debe garantizar el TAR, también es preciso brindar tratamiento oportuno a otras ITS. Los principios básicos para el control de las ITS son similares a los empleados para el control de cualquier otra enfermedad transmisible, que son: interrumpir la cadena de transmisión mediante la identificación de casos, diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, adecuado y completo de los casos y sus parejas sexuales; y, la prevención de nuevas infecciones por medio de programas de educación dirigidos a la promoción de conductas favorables hacia la búsqueda de atención médica, el cumplimiento del tratamiento indicado y que promueva la adopción de conductas que minimicen el riesgo de infección. Para cumplir con la meta del tratamiento inmediato, todas las personas con ITS deberán ser tratadas rápida y eficazmente en su primera visita al médico, lo que curará al paciente de sus infecciones, eliminará sus síntomas, y disminuirá el riesgo de transmisiones ulteriores. En la práctica esto significa que los servicios de salud deben contar con los medicamentos necesarios y su personal necesita estar capacitado en el diagnóstico (clínico, etiológico y /o sindrómico) y tratamiento de las ITS (Abreu, M. et al, 2011).

3.5 Mecanismos de coordinación y derivación

Desarrollar mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional es una tarea necesaria para que diversos actores del Estado y de la sociedad civil, con responsabilidades y competencias en SSR, asuman un papel activo en una agenda común cuyo objetivo es que la población se beneficie de las intervenciones planteadas en los diferentes campos que tienen que ver con la SSR.

Para que esto sea posible y la coordinación sea eficiente y efectiva, es necesario (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2003):

1. **Crear espacios de discusión**, encuentro y trabajo conjunto con estos actores mediante alianzas estratégicas tanto para las acciones del orden nacional como para las territoriales y locales, y favorecer las alianzas entre los diferentes actores. En el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial es importante promover canales de comunicación con otras naciones y organizaciones, en lo que se refiere a cooperación técnica, logística o financiera contextualizada en las líneas de acción prioritarias del país.

2. **Fortalecer la gestión de cada uno de los actores que participan en este proceso**. Entendiendo que las acciones que se emprenden en las instituciones para mejorar su funcionamiento, ejercer sus competencias

y asumir sus responsabilidades forman parte de la estrategia de fortalecimiento de la gestión institucional. Siendo necesario sancionar la gestión ineficiente de acuerdo a la normativa prevista en los entes de control, e implementar otros mecanismos que involucren el conocimiento público del desempeño y se genere control social para que usuarios y usuarias puedan tomar decisiones informadas y mejor fundamentadas sobre su atención.

3. **Fortalecer la participación social**. Empoderar a las ciudadanas y los ciudadanos sobre la visión de la salud como variable prioritaria en el desarrollo personal y social, entendiendo la salud como un derecho humano y un servicio público, así sea prestado por entidades privadas. Es importante que la ciudadanía comprenda y se apropie de la forma en que el sistema funciona y la asunción de las responsabilidades que cada quien tiene frente al cuidado de su propia salud. Por supuesto, esto está atravesado por la disponibilidad por parte de los usuarios y usuarias de elementos de juicio que les permitan evaluar el Sistema y la prestación de servicios de cara a sus necesidades y los satisfactores adecuados a éstas, en el contexto del fortalecimiento de la capacidad de demanda.

4. **Potenciación de redes sociales** de apoyo en el contexto de la promoción de la SSR y la prevención de los riesgos asociados al ejercicio no responsable de la sexualidad, equivale a proporcionarles a sus integrantes elementos que les permitan generar discursos, actitudes y prácticas orientados a la vivencia de una vida sexual sana, placentera, responsable y libre. Las redes sociales de apoyo pueden utilizarse para transformar concepciones, significados, emociones y prácticas relacionadas con temas como la vivencia de sexualidad en los distintos momentos de la vida, el concepto de riesgo, las relaciones de poder y género, y las violencias basadas en género, entre otros. Las redes también pueden brindar el apoyo necesario para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y evitar la ocurrencia de complicaciones y muertes innecesarias.

Adicionalmente, es recomendable contar con el diseño de rutas de atención (trayectos de atención éticos y seguros) y mecanismos de derivación desarrollados a partir de directorios o redes de derivaciones (ONUMIJERES, 2012).

MÓDULO 4. CAJA DE HERRAMIENTAS

Herramienta 1: métodos anticonceptivos: características y pautas específicas para la asesoría a personas adolescentes

MÉTODOS HORMONALES	VENTAJAS/DESVENTAJAS	RIESGOS
Píldoras: Anticonceptivos orales (ACO) Combinados (Estrógenos +progestágenos) Monofásicos/ trifásicos Progestágenos solo	Deben tomarse a una misma hora. Si se toman adecuadamente son muy efectivos. No interfieren con la relación sexual. Los ACO de progestágenos solos, pueden usarse en algunas condiciones (diabetes, enfermedad fibroquística, lactancia). Mitos y temores sobre el uso de las hormonas.	Complicaciones cardiovasculares y encefálicas, hipertensión arterial, tromboembolia (especialmente en fumadoras).
Inyectables: Progestágenos 150mg IM, cada 3 meses. Progest./estrog. una vez al mes	Los inyectables facilitan el uso, pero no garantizan la continuidad en el uso del método. Ofrece privacidad, alta aceptación y eficacia. Mitos y temores sobre el uso de las hormonas.	Los inyectables no presentan riesgos conocidos.
Implantes: Progestágenos, duran 5 años.	Los implantes facilitan el uso, pero no garantizan la continuidad en el uso del método. Fácil uso y larga duración. No interfieren con las relaciones sexuales. No interfieren con la lactancia, recomendados para el posparto. Requieren de colocación y ser extraídos por un personal entrenado. Mitos y temores sobre el uso de las hormonas	Infección en el sitio del implante

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, 2016

Efectos secundarios

Aumento de peso, cefaleas, trastornos menstruales, tensión mamaria, cambios de humor, sequedad ocular, náuseas y mareos. Amenorrea con progestágenos inyectables e implantes y sangrados irregulares con inyectables combinados

Beneficios no contraceptivos

Protegen contra la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), el cáncer de ovario y de endometrio, así como de los quistes de ováricos. Mejorar el dolor menstrual, disminuyen el sangrado menstrual, los quistes benignos de mama y mejoran el acné

Pautas para la asesoría

En el caso de los ACO: Enfatice que cualquiera de los anticonceptivos orales “bien utilizados” son altamente efectivos, es decir, sin olvidar ninguno y tomados a la misma hora todos los días correspondientes. Informe que sus efectos se modifican en presencia de un cuadro de vómitos y diarrea, con el uso de medicamentos y por el hábito tabáquico.

En caso de aborto, informe que el día del aborto debe ser considerado como el primer día del ciclo e iniciar anticoncepción hormonal. Enseñe, acorde al tipo de anticonceptivo oral administrado, qué hacer en caso de olvido de una píldora y advierta que en tal situación puede presentarse un sangrado irregular escaso. Para todos los hormonales: Promueva el uso de doble protección, pues los ACO no protegen contra ITS/VIH. Recomendé abandonar el hábito de fumar, pues incrementa el riesgo de problemas cardíacos y circulatorios,

así como evitar el abuso de alcohol durante el uso de anticonceptivos hormonales porque puede disminuir su efecto y aumentar la toxicidad hepática. Describa los signos o síntomas que requieren de atención médica por lo que deberá consultar: – Sangrado vaginal abundante o más prolongado de lo habitual. – Dolores de cabeza intensos que comienzan o empeoran con el uso del anticonceptivo hormonal. – Dolores torácico, abdominal o en miembros inferiores que impiden la marcha (claudicación intermitente). – Pérdida breve de la visión con o sin dolor de cabeza. – Aparición de coloración amarillenta de piel o mucosas. – Sospecha de embarazo ante síntomas sugestivos del mismo (especialmente ectópico, es decir, se desarrolla fuera de útero). Recomendé la doble protección. Desmonte, con base científica, los mitos y temores en relación al uso de los métodos hormonales.

MÉTODOS MECÁNICOS	VENTAJAS/DESVENTAJAS	RIESGOS
Dispositivo Intra uterino (DIU)	Fácil uso, ofrece privacidad. Alta eficacia. Larga duración (Hasta 10 años según el tipo de DIU). No interfiere con el coito, ni con la lactancia materna. Requiere colocación y ser extraídos por personal capacitado. Puede colocarse de preferencia durante la menstruación; o cualquier otro día, si se descarta el embarazo. También puede colocarse en el período de posparto, transcesárea y pos – aborto, siempre y cuando no existan infecciones pélvicas. Mitos y temores sobre el uso del DIU.	Riesgo mayor de EIP. Riesgo de: perforación uterina, secuelas en la fertilidad, embarazos ectópicos, anemia.

Efectos secundarios

Dolores menstruales. Mayor sangrado menstrual e inter-menstrual

Beneficios no contraceptivos

No conocidos, excepto los que liberan progesterona, que disminuyen el sangrado y el dolor menstrual.

infección. – Desaparición de los hilos (puede significar que el DIU ha sido expulsado o está mal colocado). – Dolor abdominal severo y constante (puede significar infección del útero o DIU mal colocado). Recomendé la doble protección. Desmonte, con base científica, los mitos y temores en relación al uso del DIU.

Pautas para la asesoría

Informe sobre la asociación del uso de DIU y riesgo mayor de EIP y enfatice en la prevención de infecciones a través de la doble protección y evitando la multiplicidad de parejas sexuales. Explique signos o síntomas que requieran de atención médica: – Manchados o sangrados anormales (pueden producir anemia). – Amenorrea (la falta de menstruación, puede significar embarazo). – Flujo vaginal anormal (puede significar enfermedad pélvica inflamatoria). – Fiebre o escalofrío (puede significar

MÉTODOS DE BARRERA	VENTAJAS/DESVENTAJAS	RIESGOS
Condón o preservativo masculino	El condón masculino: fácil de usar y efectivo cuando es usado de forma adecuada. Fácil de adquirir, bajo costo. Falta de espontaneidad durante el coito, requiere colaboración de la pareja. Mitos y estereotipos de género asociados al uso del condón masculino.	Bajo, asociado a una posible ruptura del condón o a una baja calidad del producto.
Condón o preservativo femenino	El condón femenino: amerita destreza para su uso y resulta efectivo cuando es usado de forma adecuada. Baja disponibilidad, difícil de adquirir, alto costo. Falta de espontaneidad durante el coito, requiere motivación y colaboración de la pareja. Mitos y estereotipos de género asociados al uso del condón femenino.	Ninguno

Efectos secundarios
Alergia e irritación

Beneficios no contraceptivos
Protege contra ITS/VIH. Retrasa la eyacu-
lación precoz

Pautas para la asesoría
Enfatice el beneficio del condón, femenino y
masculino para la doble protección, tanto para
prevenir embarazos como ITS, incluyendo el
VIH/SIDA. Muestre siempre cómo debe ser
usado el condón, tanto en el caso del mascu-
lino como del femenino. No dé por sentado

que la persona adolescente sabe usarlo. Puede
recomendar el uso de lubricantes a base de
agua, nunca de vaselina o aceite. Muchos de los
preservativos ya traen una buena lubricación.
Fomente habilidades de negociación con la
pareja para el uso del condón, tanto femenino
como masculino. El condón femenino: amerita
destreza para su uso y resulta efectivo cuando
es usado de forma adecuada. Baja disponi-
bilidad, difícil de adquirir, alto costo. Falta de
espontaneidad durante el coito, requiere
motivación y colaboración de la pareja. Mitos
y estereotipos de género.

MÉTODOS NATURALES	VENTAJAS/DESVENTAJAS	RIESGOS
Amenorrea de la lactancia	Es temporal y solo aplica para una población de mujeres que cumpla los siguientes criterios: primeros 6 meses posparto, en amenorrea y que lactan de forma exclusiva y a libre demanda. Tan pronto cambian estas condiciones, hay que usar otro método anticonceptivo.	No protege contra las ITS/ VIH
Método del Ritmo/ Billings	No requiere prescripción. Debe ser explicado de forma detallada y aplicarse en adolescentes con ciclos menstruales regulares. Requiere mucho control y motivación. Es un método inseguro y con alto riesgo de fracaso.	No protege contra las ITS/ VIH
Coito Interrumpido	No requiere prescripción. Debe ser explicado de forma detallada y mucho control. Es un método inseguro y alto riesgo de fracaso. Eyacuación precoz y limitado placer durante el coito.	No protege contra las ITS/ VIH

Efectos secundarios
Ninguno

Beneficios no contraceptivos
Ninguno conocido

Pautas para la asesoría
Amenorrea de la Lactancia
Enseñe a la adolescente que lacta las técni-
cas adecuadas para amamantar, para evitar
abandono del MELA por aparición de masti-
tis, grietas del pezón u otros inconvenientes.
Recomiende la doble protección. Enfatice que
si no amamanta de forma exclusiva, NO es

recomendable el MELA. Este método protege
del riesgo de embarazo si hay lactancia exclu-
siva por los 6 primeros meses posparto o hasta
que aparezca la primera menstruación (lo que
ocurra primero).
Método del Ritmo/Billings y Coito
Interrumpido. Explique de forma precisa, con
base científica, que si bien estos métodos no
requieren de prescripción y no tienen costo
económico, son inseguros, con alto riesgo de
fracaso y no son recomendables para preve-
nir embarazo en la adolescencia. Además, no
protegen contra las infecciones de transmisión
sexual, incluyendo VIH/SIDA.

Herramienta 2: uso
correcto del condón
masculino y femenino

FEMENINO

1. Sujételo por la extremidad cerrada, apriete
el anillo flexible con el pulgar y el dedo medio
para que estreche

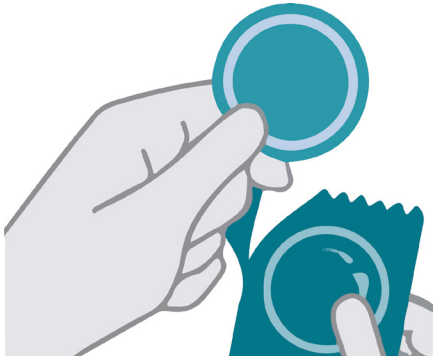


Uso correcto del condón

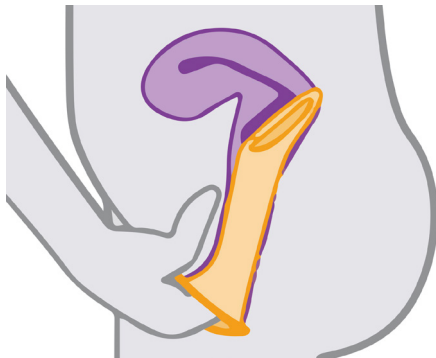
- Revisar fecha de vencimiento y envase
- No exponer al calor
- Usar durante toda la relación
- Abrir envase en un extremo con los dedos
- No probar con agua o aire previamente
- Usar una vez y desechar

MASCULINO

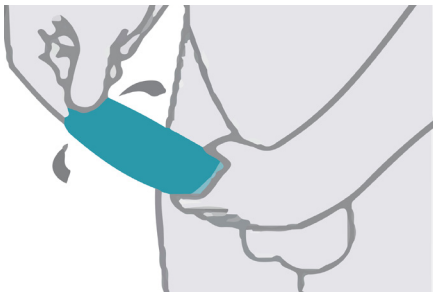
1. Extraiga el condón de su envoltura sin unas
tijeras para no dañarlo.



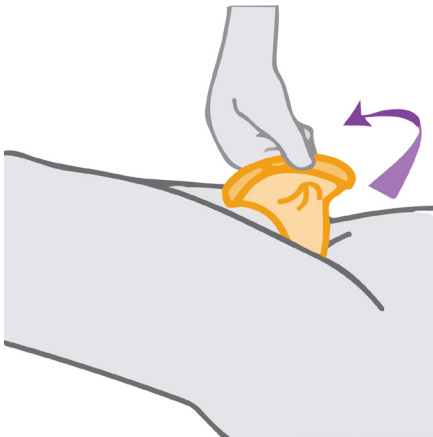
2. Inserte el anillo interno en la vagina hasta
que se encaje en su posición y con el dedo
índice empuje el fondo del condón todo lo que
pueda, el anillo externo debe quedarse afuera.



2. Colóquelo en la punta del pene durante
la erección.



3. Para retirar al final de la relación gire el
anillo externo y extraigalo lentamente.



3. Sujete la punta mientras lo desenrolla hasta
llegar a la base del pene.



Fuente: Texto: Ministerio de Salud Pública de Santo
Domingo, 2016. Imágenes: Centro Nacional para
la Prevención de VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y
Tuberculosis (2016)

Herramienta 3: Técnica de lactancia

Para colocar el niño o niña en el pecho, la madre debe:

- Sostener el pecho con los dedos formando una “C”. La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
- Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.
- La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.
- Para que el niño o niña mame bien debe abarcar parte de la areola. La barbilla del niño o niña queda tocando el pecho de la madre; la nariz queda libre para respirar.
- Cuando el niño o niña suelta el pecho la madre puede sacarle los gases y pasarlo al otro pecho. Si quiere comer más, lo tomará.
- La próxima vez que lo amamante, la madre debe comenzar con el pecho que tomó de último. Si el niño o niña tomó de un solo pecho, la madre deberá comenzar con el otro. Se puede saber porque el pecho que no tomó, o que tomó por poco tiempo, lo siente más pesado o lleno.

Es muy importante que la madre esté cómoda al momento de amamantar. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones. Algunas posiciones son:

- Posición acostada: Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche
- Posición sentada: Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible
- Posición de sandía: Es una buena posición para después de una Cesárea y para amamantar gemelos
- Hay otras posiciones para amamantar bien. La madre debe buscar la que sea de mayor comodidad para ella.

Fuente: UNICEF, 2012

Herramienta 4: 15 pasos para reducir las ITS

- **Paso 1:** Desarrolle la conciencia sobre las ITS y sus consecuencias: infertilidad, pérdida de embarazos, muerte materna y VIH/SIDA.
- **Paso 2:** Prepare al personal de su organización para que quienes acudan con dudas relacionadas con las ITS se sientan cómodos/as para hacer alguna consulta.
- **Paso 3:** Promueva los servicios de salud sexual y reproductiva en las comunidades. Encuentre la forma de que todas las personas se comprometan en la prevención de las ITS y asegúrese de que los/las jóvenes conozcan los servicios y se sientan cómodos/as al utilizarlos. Establezca contacto con las poblaciones en situación de vulnerabilidad como una de las mejores maneras de controlar la transmisión de las ITS en la comunidad.
- **Paso 4:** Suministre condones y promueva su uso
- **Paso 5:** Acompañe a la persona a evaluar su riesgo individual de contraer una ITS y ofrecerle orientación sobre prevención o tratamiento.
- **Paso 6:** Oriente sobre la prevención de las ITS.
- **Paso 7:** Promueva la realización de tamizajes para sífilis y otras ITS.
- **Paso 8:** Cuídese de no etiquetar a las personas como portadoras de una ITS
- **Paso 9:** Promueva la educación de todas las personas sobre la prevención de las ITS.
- **Paso 10:** Promueva la educación de a las personas con ITS para que completen el tratamiento y refieran a sus parejas para tratamiento.
- **Paso 11:** Oriente a las personas sobre la importancia de protegerse de las ITS
- **Paso 12:** Promueva la doble protección para prevenir tanto las ITS como el embarazo.
- **Paso 13:** Promueva la concurrencia temprana a los consultorios de control prenatal. Oriente sobre la prevención de ITS para un embarazo más seguro.
- **Paso 14:** Promueva la realización de tamizajes para sífilis a todas las embarazadas por lo menos una vez durante cada embarazo y facilite que las mujeres (y sus parejas) con pruebas positivas reciban tratamiento.
- **Paso 15:** Canalice la anticoncepción de emergencia, tratamiento presuntivo para ITS así como profilaxis postexposición para VIH a las mujeres que hayan sido violadas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los “20 PASOS PARA REDUCIR LAS ITS/ITR” en OMS, 2005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M et al (2011) “Recomendaciones para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual”. Obtenido de <http://files.sld.cu/sida/files/2011/08/recomendaciones-para-el-manejo-de-infecciones-de-transmision-sexual.pdf>
- Anzalone, L y Mattera, A (2008) Infecciones de transmisión sexual. Obtenido de <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccionestransmitidassexualmente.pdf>
- Araujo, K., & Prieto, M. (2008). Estudios sobre Sexualidades en América Latina. Quito: FLACSO
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (1996). Ley 230. Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal . Obtenido de <http://cenida.una.edu.ni/leyes/reformas.htm>
- AVESA. (2002). Orientación Individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Caracas: Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, AVESA.
- AVESA (2008) Taller Ejerciendo una Sexualidad Responsable. Guía de Facilitación. AVESA: Caracas
- AVESA. (2015). Los derechos y la salud sexual reproductiva en Venezuela. Caracas: AVESA, Aliadas en Cadena y ACCSI.
- Boletín Oficial del Estado (2010) “Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>
- Bonnet, Ramón y Garrote, Antonieta (2010) “Higiene íntima masculina y femenina” Revista OFFARM. Vol 29, N° 1 pág. 9-97. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-intima-masculina-femenina-X0212047X10475127>
- Cáceres, C (2004) Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. Facultad de Salud Pública, Universidad

Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n6/1468-1485/#back10>

- Centro de Derechos Reproductivos-UNFPA. (Sin Fecha). Derechos reproductivos: una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados. Obtenido de https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Derechos%20reproductivos_una%20herramienta%20para%20monitorear%20las%20obligaciones%20de%20los%20Estados.pdf
- Centro de Derechos Reproductivos. (2006). Los derechos reproductivos son Derechos Humanos. Hoja Informativa. Obtenido de https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/RRHR_span_0906_quinta.pdf
- Congreso de Colombia (1993) Ley 100. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de Colombia. (1997) Ley 387. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/7401.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/7401>
- Congreso de Colombia (2006). Ley 1098. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf
- Congreso de Colombia (2008). Ley 1232. Obtenido de <https://www.refworld.org/pdfid/4c56d7702.pdf>
- Congreso de Colombia (2008a). Ley 1257. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf
- Congreso de Colombia (2013). Ley 1620. Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-327397_archivo_pdf_proyecto_decreto.pdf
- Congreso de Colombia (2015). Ley 1751. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de Colombia (2017). Ley 1823. Obtenido de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201823%20DEL%204%20DE%20ENERO%20DE%202017.pdf>
- Comité de Derechos Humanos. (1989). Observación General N°18. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2017). Noveno informe periódico que Colombia debía presentar en 2017 en virtud del artículo 18 de la Convención. Nueva York: CEDAW. Obtenido de CEDAW.
- Comité Regional Andino para la Prevención Del Embarazo En Adolescentes (2011) Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación Documento regional – 2010
- Corte Constitucional de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/Inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia (2004). Sentencia T 025. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (2006). Sentencia C-355. Obtenido de <http://www.cienciaspenales.net/files/2016/07/5sentencia-c-355-06-aborto-colombia.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Auto 092. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>
- Centro Nacional para la Prevención de VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis (2016) Uso del condón femenino y del condón masculino.

Obtenido de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/Female-condom-use.html>

- Defensoría del Pueblo, PROFAMILIA, OIM. (2007). Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/43330/1/9789589353820.pdf>
- Fundación Bengoa (2018) La nutrición de la mujer embarazada. Obtenido de https://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp
- Gobierno de la Rioja (2014) La lactancia materna. Información para amamantar. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la_rioja.pdf
- Gobierno de Colombia (2017). Estrategia de Atención Integral para NNA con énfasis en Prevención del Embarazo en la adolescencia (2015–2024). Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumen-estrategia-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>
- González Escobar, S., González-Arratia López-Fuentes, N. I., & Valdez Medina, J. (Septiembre-Diciembre de 2016). Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología, 21(3), 274–281. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29248182007.pdf>
- Guerra, L. (2009). Sumisa y Obediente o Puta y Mal Viviente: La Heteronorma de los Estereotipos de Género y la Resistencia de las Mujeres. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata: <http://hdl.handle.net/10915/17218>
- Huggins, M. (2005). Género, Políticas Públicas y Promoción de Calidad de Vida. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS.
- Iniciativas Sanitarias (2012) “Ante el embarazo no deseado Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño” Obtenido de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/1010_pdf2.pdf
- Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala. (2015). Compendio de leyes para la protección de

mujeres y de la niñez. Obtenido de [http://www.justiciajuvenilca.org/~media/Microsites/Files/Intl%20Juvenile%20Justice/Observatory/IECCPG/Compendio%20de%20leyes%20sobre%20mujeres%20y%20ni%C3%B1ez%20\(2015\).ashx](http://www.justiciajuvenilca.org/~media/Microsites/Files/Intl%20Juvenile%20Justice/Observatory/IECCPG/Compendio%20de%20leyes%20sobre%20mujeres%20y%20ni%C3%B1ez%20(2015).ashx)

- IPPF (2006) Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE) Obtenido de https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE.
- Lundgren, R; Gribble, J; Greene, T; Emrick, G y Monroy, M (2005) Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador. Studies in Family Planning. Volume 36 Number 3. Obtenido de http://irh.org/wp-content/uploads/2013/05/Cultivating_Mens_Interest_SPA.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2015) “Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria”. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-1.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo (2016) Protocolo de Atención para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes. Obtenido de http://www.observatoriojusticiaygenero.gob.do/documentos/PDF/buenas_practicas/DBP_protocolo_manejo_consejeria_anticoncepcion_adolescentes.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia (1997). Decreto Número 1543. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y las otras Enfermedades de transmisión sexual, ETS. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127709.pdf
- Ministerio de salud y deportes de Bolivia (2014) Guía alimentaria para la mujer durante el período de embarazo y lactancia. Obtenido de https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p345_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_LA_MUJER_DURANTE_EL_PERIODO_DE_EMBARAZO_Y_LACTANCIA.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2003) Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
- Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). Resolución 4905. Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204905%20de%202006.PDF
- Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008). Resoluciones 0769 y 1973. Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_0769_2008.pdf
- Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud de Nicaragua. (2017). PLAN PLURIANUAL DE SALUD 2015–2021. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Planes-Institucionales/Plan-Plurianual/Plan-Plurianual-de-Salud-2015-2021/>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). Resolución 1904. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017a). Atención segura

y digna a las mujeres gestantes. Obtenido de <http://www.saludtotal.com.co/Documents/Circular-No-016-de-2017-Fortalecimiento-de-Acciones-para-Maternas.pdf>

- Moreno Standen, C. (2008). Nuevas (y viejas) configuraciones de la intimidad en el mundo contemporáneo: amor y sexualidad en contextos de cambio societal. En K. Araujo, & M. Prieto, Estudios sobre sexualidades en América Latina (págs. 43-58). Quito: FLACSO.
- Movimiento Feminista de Nicaragua. (Abril de 2011). Informe Alternativo del Movimiento Feminista de Nicaragua ante la CEDAW. Obtenido de <https://www.scribd.com/document/87063591/INFORME-CEDAW-2011-Movimiento-Feminista-de-Nicaragua>
- OMS (2005) Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96349/9243592653_spa.pdf?sequence=1
- OMS (2011a) Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. Informe de la Secretaría. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_11-sp.pdf
- OMS (2011b) La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
- OMS (2011c) Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf
- OMS (2012) "Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services". Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf
- OMS (2015) "La OMS insta a agilizar la generalización del tratamiento antirretroviral para todos los VIH-positivos". Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/>

[detail/30-11-2015-accelerate-expansion-of-antiretroviral-therapy-to-all-people-living-with-hiv-who](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/30-11-2015-accelerate-expansion-of-antiretroviral-therapy-to-all-people-living-with-hiv-who)

- OMS (2016a) "Infecciones de transmisión sexual". Obtenido de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OMS (2016b) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>
- OMS (2018). Derechos Humanos y Salud. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS (2018a) Mortalidad Materna. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS (2018b) Planificación familiar. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS, OPS y UNICEF (1993) Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación Manual del Participante. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf
- OMS y UNICEF (2009) Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Obtenido de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_spa.pdf
- ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). www.un.org. Obtenido de <http://www.un.org/>

[womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm)

- ONU. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- ONUSIDA (2015) UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Reportaje. Obtenido de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- ONUSIDA (2016) Poner en marcha programas integrales contra el VIH y las ITS para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Kirguistán. Obtenido de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161123_kyrgyzstan
- Planned Parenthood Federation of America (2018) ¿Cómo puedo evitar el VIH?. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vih-sida/como-puedo-evitar-el-vih>
- PNUD (2016) Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero GUÍA PRÁCTICA PARA LAS INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN. Obtenido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transit-Spanish-final-lowres.pdf>
- PROFAMILIA. (S/F). Guía temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Obtenido de <http://profamilia.org.co/>

[wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf](#)

- Reyes, A (2016) “Infecciones de transmisión sexual. Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela” Comunidad y Salud volumen 14 número 2 Maracay dic. 2016. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200008
- Rodríguez, L. (S/F). Derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. (2014). Guatemala: Análisis de Situación de País. Obtenido de <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>
- Sosa-Sánchez, I. A. (Enero – Junio de 2013). Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana., Año VIII(No. 15.), 182-206.
- Torres, S (2015) Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala, agosto 2015. TESIS DE GRADO. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>
- UNESCO (2014) “Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias” Publicado en 2014 por la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago). Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>
- UNFPA/MINMUJER (2016) Guía de Orientación para una maternidad deseada, segura y feliz. Obtenido de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_maqueta_FINAL_agosto_2016.pdf
- UNFPA/UPEL (2007) “Manual para la Formación Docente en Educación Integral de la Sexualidad Humana”. Obtenido de

<https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Manual%20UPEL.pdf>

- UNFPA (2006) Buenas prácticas en la promoción de la salud sexual y reproductiva y Derechos reproductivos de adolescentes. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/buenas_practicas.pdf
- UNFPA (2010) Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Obtenido de <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
- UNFPA. (Julio de 2018). Documento del programa de país para Nicaragua. Documento DP/FPA/CPD/NIC/9. Nueva York: UNFPA. Obtenido de UNFPA Nicaragua.
- UNFPA. (2018). Emergencias. Obtenido de UNFPA: <https://www.unfpa.org/es/emergencias>
- UNFPA. (2018a). Evaluación del Programa de país de Nicaragua 2013-2017. Managua.
- UNICEF (2005) Hacia la promoción y el rescate de la lactancia materna. Obtenido de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
- UNICEF (2011) “Estado mundial de la infancia y la adolescencia 2011. La adolescencia Una época de oportunidades”. Obtenido de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011__La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
- UNICEF (2012) Lactancia materna. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf
- Valdés, T., Gysling, J., & Benavente, M. C. (1999). El Poder en la Pareja, La Sexualidad y la Reproducción. Santiago: FLACSO.
- Valero, P; Rausell, D; Pacheco, C y García J (s/f) PLANIFICACION FAMILIAR: INFOMACION GENERAL Y

SEGUIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES. Obtenido de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasapo29planfam.pdf>

- Vázquez S et al (s/f) “Un nuevo desafío en la atención de la adolescente consejería pre y postaborto” Obtenido de <http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Consejer%C3%ADa%20Pre%20y%20Pos%20aborto.pdf>



PARTE 2. VIOLENCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES

MÓDULO 1. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno social complejo y difícil de determinar. Ello es así dado que su poder y significado es determinado por las dimensiones sociales y culturales del contexto en el cual la violencia se produce. Por ello a veces resulta difícil definir exactamente lo que es violencia o identificar un hecho violento. Lo que constituye o no violencia estará siempre mediado por una dicotomía implícita de lo legítimo/ilegítimo o lo permisible/sancionado (Scheper-Hughes & Bourgois, 2004).

Pero no siempre lo cultural o socialmente aceptable es moral y éticamente correcto. Ha sido en nombre de este relativismo cultural que se han preservado prácticas y normas sociales que encubren atrocidades y violaciones serias de derechos humanos. Ejemplos emblemáticos pudieran ser la mutilación genital femenina o los matrimonios tempranos, ambas prácticas extendidas en algunas regiones del mundo. Como señala la ONU “(...) es frecuente que las costumbres, las tradiciones y los valores religiosos se utilicen para justificar la violencia contra la mujer” (ONU, 2006). De manera que el relativismo cultural es contrario a los estándares universales de derechos humanos conforme a los cuales ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa puede ser invocada para justificar la violencia, y muy especialmente la violencia contra las mujeres (Kislinger, 2015). Es por ello que la Plataforma de Acción de Beijing urge a los gobiernos a no usar la cultura, la religión o la tradición para evadir sus obligaciones en la erradicación de la violencia contra la mujer (ONU, 1995).

Rosa del Olmo (citada por Huggins, 2005) señala que violencia es un término que se utiliza para significar gran variedad de situaciones y que puede ser clasificada según la persona que la sufre (mujeres, niños o niñas, personas mayores), según su naturaleza (física, psicológica, sexual), según el motivo (político, racial) o según donde ocurre (hogar, trabajo, calle). Y agrega que las violencias que se desarrollan en las ciudades tienen actores, formas y móviles variados y multicausales. Cada una de ellas se construye en escenarios sociales particulares (la familia, la escuela, el barrio, etc.). Así, se puede hablar de violencias de distinto orden, tales como las violencias políticas (guerrilla, huelgas, etc.); las violencias económicas (surgidas de los mercados ilegales de armas, de drogas, etc.); las violencias intrafamiliares (en el núcleo familiar por relaciones asimétricas, etc.), y las violencias comunes (que erosionan la ciudadanía, pero que se caracterizan por ser difusas y por provenir de múltiples causas). Sin embargo, la violencia no debería ser

entendida únicamente en términos de lo físico, sino también como un asalto a la personalidad, la dignidad y el sentido de valor de las víctimas (Scheper-Hughes & Bourgois, 2004).

En línea con todo lo anterior, es importante tener en cuenta el hecho de que la violencia suele ser asimétrica, coercitiva y centrada en el poder de dominar, someter, doblegar y/o paralizar a través del ejercicio de la fuerza, sea ésta física, psicológica, económica o política (Huggins, 2005). Esta es una consideración relevante para comprender cualquier tipo de violencia, pero muy particularmente la violencia de género contra las mujeres perpetradas por los hombres (sean éstos sus esposos, parejas, exparejas o personas con algún tipo de relación de subordinación como jefes, profesores, mentores, médicos, etc.).

Mirar la violencia desde una perspectiva de género implica comprender el modo diferenciado en el cual ésta afecta a hombres y a mujeres en contextos sociales diversos. Así, por ejemplo, implica entender que, históricamente, se ha conferido mayor atención y se han tomado con más seriedad aquellos actos de violencia ocurridos en el espacio público que los ocurridos en los espacios privados, tales como aquellos sucedidos en los confines del hogar y en el contexto de relaciones de parejas (Merry, 2009), donde las mujeres constituyen la mayoría de las víctimas.

1.1 Cultura patriarcal, relaciones de poder y violencia

El patriarcado es un concepto usado para definir el sistema de poder donde el hombre ejerce un papel dominante dentro de todos los espacios de la sociedad, justificando dicha dominación sobre la base de una supuesta inferioridad biológica y social de las mujeres.

La dominación masculina que sostiene al patriarcado, o lo que el sociólogo francés Pierre Bourdieu llama “el orden masculino de las cosas” está “(...) tan profundamente enraizado al punto de no necesitar justificación: se impone como evidente, universal (el hombre... es ese ser particular que se experimenta a sí mismo como universal, que tiene el monopolio sobre lo humano...)” (Bordieu y Wacquant, 2004).

El patriarcado determina entonces los roles que socialmente hombres y mujeres han de ejercer, sobre la base de una división que transforma las diferencias biológicas en

diferencias sociales, dando pie a las desigualdades entre hombres y mujeres. En esa división se encuentra la dominación masculina y la subordinación femenina. Predominante por siglos, la cultura patriarcal impregna entonces las normas sociales, culturales y se encuentra institucionalizada en el derecho “(...) en las estructuras políticas [y] en las economías locales y mundial (...)” al tiempo que “(...) se ha arraigado en las ideologías formales y en el discurso público” (ONU, 2006). Vemos entonces que instituciones tales como la iglesia, la escuela y el Estado no sólo están construidas sobre la base de un orden patriarcal donde las mujeres tienen un lugar de subordinación, sino que esas mismas instituciones difunden y refuerzan las asimetrías de poder entre éstas y los hombres.

Si bien el patriarcado se encuentra presente en prácticamente todas las sociedades del mundo, éste funciona de manera diferente en distintos contextos culturales, geográficos y políticos, además de estar entrelazados con otros sistemas de subordinación y exclusión tales como el origen étnico, la condición socio-económica, la orientación sexual u otras (ONU, 2006).

Facio y Fries (2005) señalan que cada cultura genera los mecanismos y justificaciones necesarias para la reproducción y mantenimiento de las estructuras patriarcales. Pero mientras el grado de inferioridad de las mujeres con respecto a los hombres y los argumentos para justificar las desigualdades pueden ser distintos, todas las culturas conocidas tienen algunos rasgos comunes, a saber:

- Una ideología y su expresión en el lenguaje que explícitamente devalúa a las mujeres, otorgándole a ellas y a sus roles, labores, productos y entorno social, menos prestigio y menos poder que el conferido a los hombres;
- Asignación de significados negativos a las mujeres y sus actividades a través de hechos simbólicos o mitos;
- Estructuras que excluyen a las mujeres de la participación o del contacto con los más altos espacios de poder o donde se cree que están dichos espacios tanto en lo económico, político y cultural;
- Estructura de pensamiento dicotómico, jerarquizado y sexualizado que divide al mundo en hechos naturales o culturales y que sitúan al hombre y lo masculino en lo segundo, y a la mujer en lo primero, con lo cual el hombre se erige en paradigma universal de lo humano, justificando al mismo tiempo

la subordinación de las mujeres en base a sus pretendidos roles naturales.

La cultura patriarcal se sostiene sobre diversas instituciones y prácticas sociales que reproducen los patrones y normas que mantienen las asimetrías de poder entre hombres y mujeres justificando, convalidando y normalizando el lugar subordinado de éstas últimas. Muchas de esas instituciones y prácticas son comunes a numerosos escenarios. Entre ellos se cuentan la explotación del trabajo productivo y reproductivo de las mujeres; el control sobre la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres; las estructuras estatales y los procesos que legitiman e institucionalizan las desigualdades de género (ONU, 2006). Pero el espacio privilegiado de reproducción del patriarcado lo constituye la familia patriarcal donde el control económico, sexual y reproductivo de la mujer y sus hijos/as lo ejerce el hombre. Desde el punto de vista político y social, este tipo de familia ha justificado que las mujeres no necesiten representación fuera del ámbito privado ya que “el jefe de la familia patriarcal encarna los intereses de sus integrantes” (Facio y Fries, 2005). Este fue un argumento frecuentemente usado por quienes se oponían al reconocimiento del derecho al sufragio de las mujeres. De manera que los derechos ciudadanos se desarrollaron en torno al hombre como sujeto titular de derechos por cuanto eran ellos quienes pertenecían al ámbito público, mientras que las mujeres estaban confinadas al ámbito privado de la familia donde las reglas del juego eran distintas, y definidas por el hombre-jefe.

En el contexto de relaciones patriarcales, las violencias de género contra la mujer funcionan como herramientas para prevenir los cambios del orden de relaciones desiguales entre mujeres y hombres. En otras palabras, las amenazas al status quo patriarcal (bien sea que las mujeres desafían los roles tradicionales de género o la autoridad masculina, por ejemplo) suelen ser encausadas a través de la violencia. De manera tal que ésta es, entonces, un medio para perpetuar la subordinación de las mujeres y, al mismo tiempo, una consecuencia de dicha subordinación (ONU, 2006).

1.2 Definición de violencia de género contra la mujer

A partir de los años 70, gracias en gran medida al trabajo sostenido de miles de activistas en todo el mundo que logró visibilizar y colocar el tema de la violencia de género contra la mujer en la agenda pública, la definición de lo que ésta constituye ha venido desarrollándose y

evolucionando a fin de ser cónsona con las experiencias de agresión que viven y han vivido las mujeres.

Las definiciones iniciales sobre lo que constituía violencia de género contra la mujer apuntaban a actos de orden físico, verbal o sexual, ocurridos en el ámbito de la familia y a manos de la pareja estable o esposo. Pero a medida que la temática ha sido más estudiada y mejor comprendida, el activismo se ha intensificado y los Estados han aumentado su compromiso en hacerle frente, las definiciones de lo que constituye violencia de género contra la mujer se han ampliado para incluir situaciones que, en base a contextos culturales, sociales e históricos, no eran vistas necesariamente como agresión. El acoso sexual o la violación marital pudieran ser tan sólo dos ejemplos de ello.

Si bien no existe una definición universalmente aceptada e internacionalmente consensuada sobre lo que constituye la violencia de género contra la mujer, existen algunos documentos que han servido como base para el trabajo de Estados y activistas en hacer frente a esta problemática global. Desde el punto de vista legal y de jurisprudencia, una de las definiciones de violencia de género contra la mujer más comúnmente aceptada por mucho tiempo era la ofrecida por la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993 según la cual constituye violencia contra la mujer (1993):

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

Un año antes, en 1992, el Comité de la CEDAW, en su recomendación general N°19 había aclarado que, si bien la CEDAW misma no hace referencia explícita a la violencia en su texto, la discriminación contra la mujer, tal como se define en el artículo 1 de la Convención, incluía la violencia por razón de género, definida como “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, agregando que la misma constituía una violación de sus derechos humanos (CEDAW, 1992). Este último punto es de gran importancia y será considerado más adelante.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia

contra la Mujer (conocida como la Convención de Belem do Pará), aprobada en el año 1994, incluye la siguiente definición (OEA-CIM, 2018): “(...) cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Artículo 1), tenga ella lugar en la familia o unidad doméstica; en cualquier relación interpersonal; en la comunidad; o sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes (Artículo 2).

Más recientemente, en el año 2018, el Comité de la CEDAW publicó la recomendación general N°35 mediante la cual amplía su opinión en materia de violencia de género contra la mujer emitida en su recomendación general N°19 del año 1992. En ella, el Comité acuña la expresión “violencia por razón de género contra la mujer” toda vez que el concepto de “violencia contra la mujer” tal y como lo define la recomendación general N°19 y otros instrumentos y documentos internacionales, hace hincapié en el hecho de que dicha violencia está basada en el género. Agrega el Comité que esta terminología resulta más precisa ya que pone de manifiesto las causas y los efectos de la violencia relacionados con el género, además de reforzar aún más la noción de que la violencia, como problema social más que individual, exige respuestas integrales, más allá de aquellas relativas a sucesos concretos, autores y víctimas y supervivientes (Comité de la CEDAW, 2018).

1.3 El Modelo Ecológico: La violencia de género contra la mujer como fenómeno polifacético

Hacer frente a la violencia de género contra la mujer requiere reconocer que es una problemática global compleja, donde se conjugan diversos factores de diversa índole, teniendo siempre en cuenta que se trata un tema de salud pública pero también una violación de Derechos Humanos.

A partir del reconocimiento de la complejidad y diversidad de factores presentes en este fenómeno, se reconoce que su estudio y posibilidades de atención, con miras a su eliminación, requiere adoptar miradas integradoras que abarquen las distintas dimensiones que determinan la existencia de hechos de violencia en contra de las mujeres. En 1998, Lory L. Heise propuso el llamado

modelo ecológico para la atención de la violencia de género contra la mujer como un fenómeno polifacético, partiendo de la necesidad de explicarlo en función de las características del contexto social, del entorno más próximo a los hechos violentos y de las características individuales de las personas afectadas.

El modelo ecológico propone un marco explicativo a partir de determinantes de la violencia contra las mujeres distribuido en cuatro niveles de ecología social. En la Figura 1 se muestra gráficamente el modelo y en la Tabla 1, sus niveles.

Se trata de un marco no exhaustivo que se basa en los factores que han sido relacionados hasta ahora con la violencia de género contra las mujeres, pero que pudiera incluir otros hasta ahora no considerados desde la investigación en torno a las causas de dicha violencia.

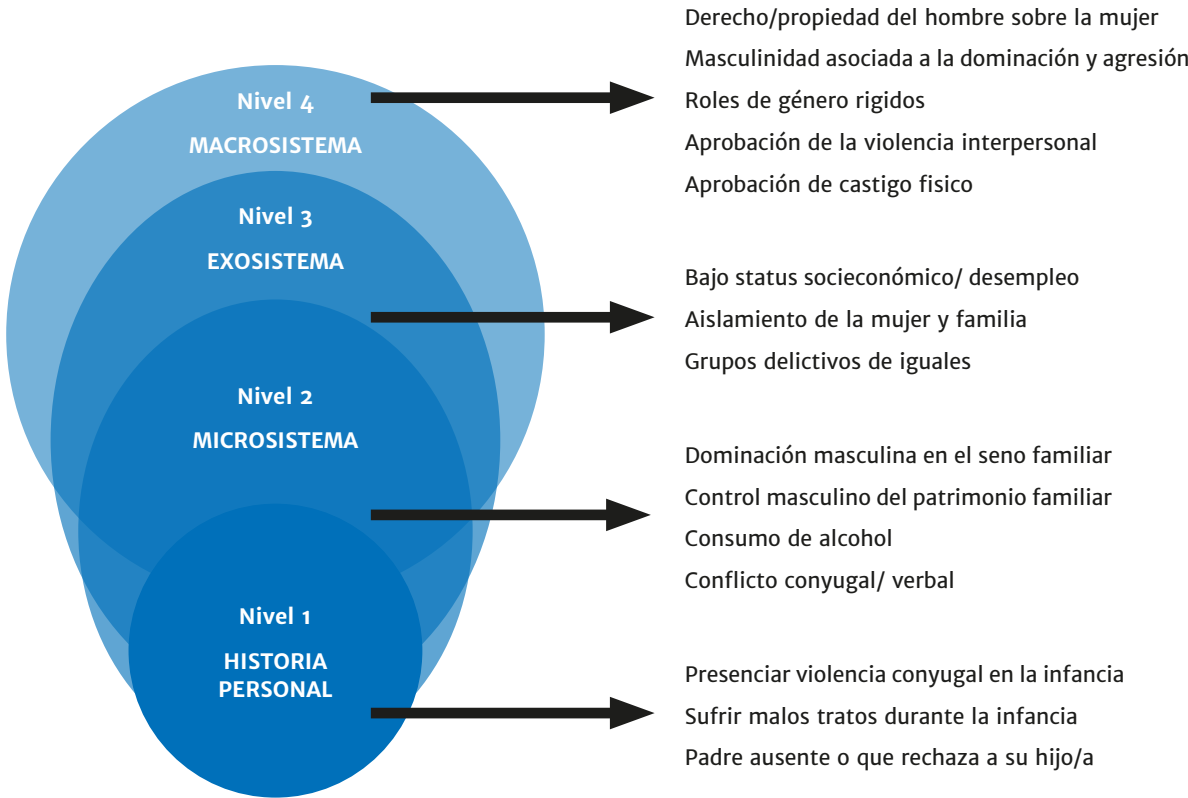


Figura 1: Modelo Ecológico para la atención de la violencia de género contra la mujer como un fenómeno polifacético

Tabla 1: Niveles del Modelo Ecológico

Historia personal	Características de desarrollo individual de cada persona que moldean sus respuestas a los estresores del microsistema o del exosistema. Por ejemplo, si la persona ha sido objeto de abuso, ha sido criado sin padre o ha estado sometida a violencia física, son todos factores significativos de riesgo que, aunque no son determinantes, pudieran contribuir junto con otros factores al desarrollo de conductas violentas en contra de las mujeres.
Microsistema	Interacciones en las cuales una persona se involucra directamente con otras, y a los significados subjetivos asignados a esas interacciones. En relaciones de pareja violentas, este microsistema sería la familia, ámbito donde los episodios de más abuso ocurren. En situaciones como la violación en citas, el abuso sexual en niños/as u otras formas de violencia que tienen lugar fuera del hogar, el microsistema lo constituye el contexto inmediato donde se produce la agresión.
Exosistema	Estructuras sociales tanto formales como informales que tienen un impacto en los entornos inmediatos en los cuales la persona se encuentra, y que influyen, delimitan o determinan lo que en ellos sucede. Las influencias del exosistema son a menudo sub-productos de cambios que ocurren el entorno social más amplio (por ejemplo, aislamiento social resultante de aumento de movimientos migratorios).
Macrosistema	Incluye los sistemas de creencias y valores culturales que permean e informan los otros niveles del modelo. Los factores aquí presentes operan a través de su influencia en aspectos y estructuras en niveles más bajos del sistema. La supremacía masculina, en tanto un factor del macrosistema, influye la distribución del poder dentro de instituciones comunitarias, así como también a lo interno de las relaciones íntimas. Otro factor dentro del macrosistema son las concepciones rígidas de los roles de género. En diversos estudios se ha encontrado que existe una correlación entre los hombres que se adhieren a roles tradicionales de género y a actitudes adversas hacia las mujeres, y el uso de violencia sexual en sus interacciones con ellas. El castigo corporal de las mujeres con base a una “causa justa” ha sido considerado casi universalmente como un derecho de los hombres. Esta “causa justa” puede ser alguna transgresión a las obligaciones derivadas de los roles de género, tales como desobediencia al marido, infidelidad o incumplimiento de labores domésticas y de cuidado.

Fuente: Elaboración propia

Con base a todo lo anterior, Heise propone entonces una aplicación del marco ecológico como herramienta para desarrollar un perfil de aquellos hombres con mayores factores de riesgo que le hacen proclives a la agresión de mujeres, aunque se debe insistir en que no existe un perfil del agresor que sea de carácter universal. Este marco puede ser aplicado tanto a nivel individual (Ver Tabla 2) como a nivel comunitario (ver Tabla 3), siempre con el propósito de entender mejor por qué las tasas de violencia varían de un contexto a otro.

Tabla 2: Aplicación Hipotética del Modelo Ecológico para el análisis a nivel individual

NIVEL DE ANÁLISIS	VARIABLE	PREGUNTA
Microsistema	Actitudes Creencias	¿El individuo piensa que tiene el derecho a castigar a su esposa? ¿El individuo se adhiere a ideas rígidas sobre los roles apropiados para hombres y mujeres?
Exosistema	Aislamiento Estrés	¿El individuo cree que el uso de la violencia es aceptable? ¿El individuo cree que la dominación y la agresividad equivalen a hombría?
Microsistema	Conflicto de pareja Dinámicas de poder entre géneros	¿El hombre tiene empleo? ¿Su empleo es estresante? ¿La familia es pobre?
Personal	Socialización violenta	¿La pareja discute sobre el uso del dinero, alcohol, etc.? ¿Tiene el hombre de modo exclusivo el poder económico y de toma de decisiones en la familia? ¿El individuo fue objeto o testigo de violencia siendo un niño?

Fuente: Heise, 1998.

Tabla 3: Aplicación Hipotética del Marco Ecológico para Estudios Transculturales

NIVEL DE ANÁLISIS	VARIABLE	PREGUNTAS
Macrosistema	Actitudes, normas	¿Es la masculinidad definida en términos de honor, dominación o agresión? ¿La violencia interpersonal es culturalmente tolerada? ¿Es el castigo físico de las mujeres culturalmente tolerado? ¿Se considera a las mujeres propiedad de los hombres?
Exosistema	Uso de alcohol Pobreza Aislamiento	Nivel de uso de alcohol en la comunidad Nivel de estrés económico y desempleo Nivel de exogamia: ¿las mujeres dejan sus hogar o ciudad natal para casarse?
Microsistema	Dominación masculina Comunicación	¿Los hombres controlan el patrimonio de la familia? ¿Los hombres controlan la toma de decisiones en la familia? ¿La comunicación entre las parejas es común?
Individual	Nivel de abuso físico en niños/as	

Fuente: Heise, 1998.

1.4 Tipos de violencias

Las violencias de género contra la mujer adoptan diversas formas y suceden en distintos ámbitos. Si bien el punto de entrada para atender, estudiar y comprender esta problemática fue la violencia doméstica o también llamada violencia intrafamiliar, hoy en día se reconoce que el hogar es tan sólo uno de los ámbitos donde ocurren las agresiones en contra de las mujeres y que no sólo son sus esposos o parejas estables quienes las cometen. Más importante aún ha sido la aceptación de que no se trata de un asunto privado. Hoy en día se reconoce que el Estado debe actuar para prevenir y sancionar este tipo de violencia, no importa el ámbito en el cual ocurra, toda vez que se trata de una discriminación conforme a lo establecido en la CEDAW, y una violación de derechos humanos.

Las violencias de género contra la mujer pueden adoptar diversas formas tales como agresiones físicas, sexuales, psicológicas o verbales, amenazas, acoso, coacción o privación arbitraria de la libertad, violencia obstétrica o violencia mediática. Como ha señalado el Comité de la CEDAW (2018), estas violencias se ven agravadas por factores culturales, económicos, ideológicos, tecnológicos, políticos, religiosos, sociales y ambientales, como se pone de manifiesto, entre otras cosas, en los contextos del desplazamiento, la migración, el aumento de la globalización de las actividades económicas, en particular de las cadenas mundiales de suministro, la industria extractiva y la deslocalización, la militarización, la ocupación extranjera, los conflictos armados, el extremismo violento y el terrorismo. La violencia por razón de género contra la mujer también se ve afectada por las crisis políticas, económicas y sociales, los disturbios, las emergencias humanitarias, los desastres naturales y la destrucción o degradación de los recursos naturales. Algunas manifestaciones de violencias de género contra la mujer pasan desapercibidas por estar normalizadas en ciertos contextos sociales. Agrega el Comité (2018) que las prácticas tradicionales nocivas (tales como la ablación genital femenina y los matrimonios tempranos) y los delitos cometidos contra las defensoras de los derechos humanos, las políticas, las activistas o las periodistas constituyen también formas de violencia por razón de género contra las mujeres

afectadas por tales factores culturales, ideológicos y políticos.

Tenemos entonces que las violencias de género contra la mujer pueden ser categorizadas por el tipo de daño que producen (ver Tabla 4), tomando en cuenta que estos actos ocurren en el contexto de relaciones íntimas, relaciones jerárquicas (con jefes, profesores, entrenadores, mentores) o en espacios públicos.

Es importante acotar que, generalmente, las mujeres son objeto de más de una modalidad de violencia. Así por ejemplo, pueden ser sometidas a una violación al tiempo que son golpeadas, insultadas y privadas de su libertad con fines de explotación.

Existe un consenso cada vez más creciente de que las violencias de género contra la mujer también constituyen tortura o formas de tratos

Tabla 4: Tipos de violencias de género contra la mujer

Física	Todo acto que provoca o intenta provocar dolor o daño físico. En su forma más extrema se lleva al feminicidio o asesinato de una mujer por razones de género (OEA-CIM, 2018). Incluye golpes, mordeduras, quemaduras, cortadas, puñaladas, jalones de pelo, entre otras. Algunas clasificaciones incluyen la trata de personas y la esclavitud ya que implica coerción inicial.
Sexual	Acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento y que puede comprender la invasión física del cuerpo humano, sin que necesariamente haya penetración o contacto físico (OEA-CIM, 2018). Aquí se incluyen violación, actos lascivos, tocamientos, desnudo forzado, penetración con objetos, entre otros.
Verbal	Abarca insultos, humillaciones, comentarios sexistas y de menosprecio en privado o en presencia de otras personas, ridiculización, uso de malas palabras que sean especialmente incómodas para la interlocutora, amenazas de ejercer otras formas de violencia contra la víctima o contra alguien o algo de su aprecio.
Psicológica	Conductas amenazantes que no necesariamente implican violencia física ni abuso verbal (OEA-CIM, 2018). Puede incluir la referencia a actos de violencia anteriores, ignorar a la víctima, aislarla, confinarla u ocultarle información, así como amenazas a la vida e integridad de personas cercanas (hijos/as, familiares, mascotas). Abarca también el control coercitivo (Kislinger, 2015) a través de miradas y comentarios así como a través del uso de la tecnología (teléfonos inteligentes, aplicaciones, redes sociales, etc.). También se puede incluir el acoso sexual dado su impacto en el bienestar psicológico y emocional de sus víctimas.
Patrimonial	Privación de acceso a recursos económicos, aún aquellos devengados por la propia mujer, necesarios para la manutención del hogar y la familia, o de bienes patrimoniales esenciales que satisfacen las necesidades básicas para vivir, como la alimentación, ropa, vivienda y el acceso a la salud (OEA-CIM, 2018).
Obstétrica	Es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (OEA-CIM, 2018). Se incluyen las cesáreas inconscultas o las esterilizaciones forzadas, así como los insultos, humillaciones y tratos degradantes a mujeres en el momento del parto.
Mediática	Es considerada como la exposición a través de cualquier medio de difusión de la mujer, niña o adolescente que de manera directa o indirecta la explote, discrimine, deshonre, humille o atente contra su dignidad, su nombre y su imagen con fines económicos, sociales o de dominación. Genera daños morales que contribuyen a crear una imagen colectiva desvalorizada de la mujer, lo cual la discrimina y la coloca en situación de vulnerabilidad ante otros tipos de violencia (Kislinger, 2015a).
Trata de personas y explotación sexual	Es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a diversas formas de coacción para obtener el consentimiento, incluyendo la amenaza, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, con fines de explotación. Esta última incluye la explotación sexual y la esclavitud o prácticas análogas a ella. La trata de mujeres con fines de explotación sexual puede ser sancionada aunque se cuente con el consentimiento de la mujer víctima (OEA-CIM, 2018).
Simbólica o invisible	Conjunto de actitudes, gestos, patrones de conducta y creencias, cuya conceptualización permite comprender la existencia de opresión y subordinación de las mujeres y otros grupos tradicionalmente excluidos. La violencia simbólica son resortes que sostienen el maltrato y la discriminación, y está presente en todos los demás tipos de violencia definidos anteriormente (OEA-CIM, 2018).

Fuente: Elaboración propia

cruelles, inhumanos o degradantes en determinadas circunstancias, particularmente en casos de violación, violencia doméstica o prácticas tradicionales nocivas. En ciertos casos, algunas formas de violencias de género contra la mujer también pueden constituir delitos internacionales tales como las esterilizaciones forzadas o la violación como táctica de guerra en el contexto de conflictos armados.

Todas estas manifestaciones y tipos de violencias de género contra la mujer están determinadas por normas sociales y culturales donde factores tales como el origen étnico, el estatus socioeconómico, la condición de migrante o refugiada, la edad, la religión, la orientación sexual, el estado civil, la discapacidad y la condición de mujer con VIH/SIDA, influyen en las formas de violencia a las que están expuestas y a las que son sometidas.

1.5 Dinámica de la violencia: ciclo de la violencia, factores que dificultan la ruptura

Las violencias de género contra la mujer en el contexto de una relación de pareja no suelen ocurrir de manera casual o inesperada. Por el contrario, a menudo forman parte de un proceso caracterizado por conductas abusivas que van aumentando su frecuencia e intensidad, llegando a tomar formas extremas como el femicidio. Este proceso fue llamado el ciclo de la violencia por la Dra. Leonor Walker, quien señala que el mismo se produce en tres fases (Bogantes Rojas, 2008):

1. **Fase de aumento de tensión:** se caracteriza por una escalada gradual de la tensión a través de incidentes menores o discretos de agresión que causan fricción dentro de la familia. Aquí se incluyen insultos, comentarios intimidatorios, y violencia física leve como empujones. El agresor expresa insatisfacción u hostilidad, pero sin recurrir a formas extremas de violencia. La respuesta de la mujer es evitar conductas que puedan provocar al agresor y ofrecer ayuda para calmarlo con la esperanza de que modifique o cambie su conducta. Trata de no responder a la hostilidad y aunque puede lograr algún éxito, ello sólo refuerza su creencia de que puede controlar la ira del agresor. A medida que la tensión aumenta, ella tiene cada vez más dificultad de controlar la rabia del agresor y a menudo se retira, por miedo a detonar sin darse cuenta su comportamiento explosivo. Pero ello puede ser la señal para que el hombre se torne aún más agresivo.

2. **Fase explosiva:** etapa en la cual cualquier cosa puede dar pie a un acto hostil, donde puede ocurrir una paliza de gran intensidad. En este

punto se observa una descarga incontrolable de tensiones que han estado acumulándose desde la fase anterior. Los ataques son verbales y físicos y a menudo dejan lesiones. Puede ocurrir que la mujer en defensa propia propine un daño o la muerte al agresor. Es posible que el acto de agresión esté acompañado por un episodio de consumo excesivo de alcohol. La víctima asume que éste último es la causa de las agresiones. El agresor culpa a la esposa por su comportamiento violento, el cual usa y descarga selectivamente. Este es el momento para poner la denuncia y buscar ayuda.

3. **Fase de arrepentimiento, perdón y reconciliación:** el agresor se muestra arrepentido y amable mientras llena a la víctima de regalos y promesas. Surge la esperanza en ella de que la relación pueda ser salvada y que la violencia no volverá a ocurrir. Muchos agresores cautivan y manipulan a la víctima, haciéndole creer que el problema ha pasado. En esta fase puede ocurrir que debido a que la tensión desaparece y aumenta la confianza, la dependencia económica de la víctima en el agresor aumente y se retiren las denuncias interpuestas.

Con la repetición del ciclo, se observa una tendencia a que se aumente la primera fase, disminuya la tercera, y la violencia se torne cada vez más aguda y peligrosa. El agresor aprende que tiene control sobre la víctima y que no necesita poner mucha energía en obtener su perdón. Por su parte la víctima está tan desmoralizada que encuentra difícil abandonar la situación, aún si tiene los medios para hacerlo.

Para quienes están sumergidas en el ciclo de la violencia, no siempre es fácil visibilizarlo y nombrarlo. Existen, además, factores que hacen difícil romper el ciclo tales como:

- Dependencia económica de la pareja: la mujer no tiene acceso a recursos económicos para mantenerse a sí misma y a sus hijos/as si los tiene, o no tiene empleo. Dicha dependencia puede venir determinada por el control progresivo que ejerce el agresor sobre todos los aspectos de la vida de la mujer;
- Ausencia de redes de apoyo familiar y/o social: la mujer agredida no tiene amistades o familiares con quien contar o se encuentra aislada producto de la relación con el agresor quien la domina y subordina;
- Creencia en el mito del amor romántico: existe la creencia o la esperanza en

la mujer que la fuerza del amor puede por sí mismo vencer las dificultades, disolver la violencia y salvar la relación;

- Baja autoestima: producto en parte del ciclo de violencia donde los ataques verbales y psicológicos llevan a la víctima a tener una percepción disminuida de sí misma, sus capacidades, habilidades y fortalezas;
- Creencia en los roles tradicionales de género: se acepta sin discusión el papel asignado a la mujer socialmente lo cual profundiza la relación de dependencia económica y social;
- Miedo a enfrentar al agresor;
- Normalización del uso de la violencia para dirimir conflictos en el seno familiar;
- La existencia de hijos/as que dificultan las posibilidades de emplearse y obtener ingresos suficientes, así como la creencia de la necesidad del padre en su crianza;
- La dependencia emocional y el amor hacia el agresor;
- Temor a la incertidumbre detrás de una ruptura: las mujeres hemos sido socializadas para necesitar la protección del hombre. Lagarde (citada por Moriana Mateo, 2015) ha dicho que a las mujeres se nos ha enseñado a tener miedo a la libertad, a tomar decisiones, a la soledad, siendo el miedo un gran impedimento en la construcción de la autonomía de las mujeres.

1.6 Mitos y realidades de las violencias de género contra la mujer

Los mitos sobre las violencias de género contra la mujer son definidos por Peters (citado por Bosch-Fiol & A. Ferrer-Pérez, 2012) como creencias estereotípicas que son generalmente falsas pero que sostenidas amplia y persistentemente, terminan por minimizar, negar o justificar la agresión a la pareja. Los autores ofrecen un mapa sobre los mitos más comúnmente difundidos sobre las violencias

Tabla 5: Mitos sobre la marginalidad

MITO	REALIDAD
Las violencias de género contra la mujer solo ocurre en países subdesarrollados	Las violencias de género contra la mujer son universales, ocurren en países de todo el mundo, independientemente de su situación económica, su nivel de desarrollo, su situación geográfica, su régimen político, etc. El estudio de la ONU (2006) documenta el alcance y prevalencia de las violencias de género contra las mujeres en la pareja en 71 países del mundo.
Las violencias de género contra la mujer solo ocurre en familias/ personas con problemas (pobres, sin empleos, etc.)	La violencia se da en personas de todos los grupos sociales, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación. Ni los maltratadores ni las mujeres maltratadas corresponden a ningún perfil concreto. Más de un 20% de mujeres padecen violencia a manos de sus compañeros íntimos, tanto en países de nivel económico elevado, como de desarrollo intermedio o muy deficiente.

Fuente: Bosch-Fiol & A. Ferrer-Pérez, 2012.

Tabla 6: Los mitos sobre los maltratadores

MITO	REALIDAD
Los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) han sido, a su vez, personas maltratadas por parte de sus padres (o han sido testigos de maltrato en su familia de origen)	No todos los niños que presencian malos tratos o son objeto de ellos se convierten en adultos que maltratan. No puede establecerse una relación causal y directa entre un pasado de violencia y violencia actual.
Los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) son enfermos mentales	La proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común.
Los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) consumen/ abusan de alcohol y/o drogas	La evidencia disponible demuestra una asociación significativa pero moderada entre uso/abuso de alcohol y agresión hacia la pareja. El alcohol puede operar como un factor coyuntural, que aumenta las probabilidades de que se produzca la violencia al reducir las inhibiciones, nublar el juicio y deteriorar la capacidad del individuo para interpretar indicios, pero nunca como factor principal de la violencia.
Las violencias de género contra la mujer se deben a los celos	Los celos no son causa de la violencia, son una de las estrategias que los maltratadores usan para controlar a su pareja y los actos tendentes a controlar o aislar a la mujer constituyen violencia psicológica.

Fuente: Bosch-Fiol & A. Ferrer-Pérez, 2012.

de género contra la mujer, agrupándolos en mitos sobre la marginalidad de la violencia, que aseguran que se trata de casos excepcionales, confinados a ciertos círculos o países; mitos sobre los maltratadores, que se apoyan en factores personales de un agresor en particular que lo habrían llevado a responder con violencia, y que en general busca disculparlos por dicha conducta; mitos sobre las mujeres maltratadas, que desplazan la responsabilidad de la agresión a la mujer; y los mitos que minimizan las violencias de género contra la mujer, los cuales cuestionan la importancia del problema, su gravedad y hasta su existencia misma (Ver Tablas 5–8).

1.7 Consecuencias de las violencias de género contra la mujer

Las consecuencias a nivel personal, familiar y social de las violencias de género contra la mujer son muchas y difíciles de cuantificar. Las mismas pueden ir desde secuelas de salud en la mujer, afectación psicológica y emocional en ella y sus hijos e hijas, hasta repercusiones económicas a causa de la pérdida del empleo o la incapacidad de

Tabla 7: Los mitos sobre las mujeres maltratadas

MITO	REALIDAD
Las mujeres con unas ciertas características tienen más probabilidades de ser maltratadas	Las mujeres maltratadas no corresponden a ningún perfil; pueden ser mujeres de todas las edades, al margen de su educación, ingresos o posición social.
Si las mujeres que padecen violencia de género no abandonan esa relación por algo será, quizá les gusta (mito del masoquismo)	Las mujeres que padecen violencia a manos de sus parejas o ex parejas tiene importantes secuelas en su salud física, mental y social. Se han formulado diferentes modelos teóricos para explicar la permanencia en una relación de maltrato, incluyendo la teoría del ciclo de la violencia, el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) o el modelo del laberinto patriarcal.
Si las mujeres padecen violencia de género algo habrán hecho para provocarla	Las mujeres tienen derecho a disfrutar de los derechos y libertades fundamentales y a que éstos sean protegidos. Las violencias de género contra la mujer son a la vez una violación de los derechos humanos de las mujeres y un obstáculo para el pleno disfrute de todos los derechos humanos por parte de las mujeres.

Fuente: Bosch-Fiol & A. Ferrer-Pérez, 2012.

Tabla 8: Los mitos que minimizan la importancia de las violencias de género contra la mujer

MITO	REALIDAD
Las violencias de género contra la mujer son fenómenos puntuales, muy localizados	Según la ONU, la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo es la violencia dentro de la pareja. El Banco Mundial determinó que, en diez factores de riesgo en mujeres de 16 a 44 años, la violación y la violencia de género causaban más invalidez y muerte que el cáncer, los accidentes de circulación, la malaria o la guerra. En Europa entre un 20–50% de mujeres han sido víctimas de violencia conyugal; y es más probable que una mujer sea golpeada, violada o asesinada por su pareja que por cualquier otra persona. Los resultados de 48 encuestas de todo el mundo señalan que entre el 10–69% de las mujeres habrían sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas; esta violencia suele acompañarse de maltrato psíquico y en 1/3 de los casos también de abuso sexual. La OMS ha determinado que el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física o sexual o ambas a manos de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 13–61%.
La violencia psicológica no es tan grave como la física	Según la ONU, la violencia psicológica o emocional contra la mujer ha recibido menos atención en las investigaciones sobre violencia en la pareja pero causa tanto daño a la salud física y mental de la víctima como la violencia física y puede, además, ser precursora de otras formas de violencia.
Los hombres y las mujeres son violentos/as por igual en la pareja.	Los hombres padecen violencia con mayor frecuencia a manos de otros hombres desconocidos, mientras la mayor parte de la violencia padecida por las mujeres procede de hombres conocidos. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y se dan actos violentos en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es soportada en proporción abrumadora por mujeres e infligida por hombres.

Fuente: Bosch-Fiol & A. Ferrer-Pérez, 2012.

generar ingresos a causa de lesiones físicas. Esta violencia también tiene repercusiones sobre los recursos del Estado, toda vez que al tratarse de un tema de salud pública y de derechos humanos, los gobiernos deben invertir en programas de prevención y atención.

A nivel individual, las consecuencias de la violencia de género contra la mujer pueden ser clasificadas en sociales, económicas y de salud (ver Tabla 9).

Tabla 9: Consecuencias de las violencias de género contra la mujer

Sociales	Las violencias de género contra la mujer impiden su plena participación en la sociedad bien sea en el plano económico/productivo o en los planos social, cultural y educativos (ONU, 2006). El temor que genera la violencia a manos de un hombre, sea éste esposo, novio, pareja sexual, hermano, padre, tío, vecino u otro, afecta la autonomía física y la movilidad de las mujeres, lo cual limita su participación en actividades formativas, laborales, recreativas, culturales u otras. La amenaza de violencia sexual, por ejemplo, erosiona la seguridad física de las mujeres en los espacios públicos y sus riesgos aumentan cuando las mujeres deciden incursionar en la vida pública, lo cual limita su voz y participación. Manifestaciones de violencias de género contra la mujer como la trata implica la separación de las familias, la estigmatización de las víctimas, la pérdida de oportunidades de formación y de empleo productivo de ellas y de sus familias, y alimentan el crecimiento de las redes de delincuencia organizada (ONU, 2006).
Económicas	El empobrecimiento de las mujeres y sus familias, así como de sus comunidades, es una consecuencia directa de las violencias de género contra la mujer, toda vez que la misma altera y reduce las capacidades de generación de ingresos y de contribuir con la economía familiar y nacional. Además, absorbe recursos públicos en servicios sociales, el sistema de justicia, el sistema de salud, mientras que reduce los logros educativos, la movilidad y el potencial de innovación tanto de las víctimas como de sus familias (ONU, 2006). Naciones Unidas (2006) ha identificado que las violencias de género contra la mujer tienen costos de corto y de largo plazo: • Costo directo de servicios relacionados con las violencias de género contra la mujer: comprende gastos efectivos realizados por personas, gobiernos o empresas, bien sea en instalaciones y servicios para dar tratamiento y apoyo a las víctimas y para llevar a los autores ante la justicia. • Reducción de empleos y productividad: el ausentismo a causa de traumas o lesiones o afectación emocional y/o psicológica, tiene costos a nivel de productividad. Las licencias por enfermedad o incapacidad generan costos sobre las empresas al tener que contratar y capacitar reemplazantes. Se pierden empleos y producción, lo que a su vez disminuye la contribución tributaria al Estado.
De salud	Las mujeres que han sido objeto de agresiones tienen mayores riesgos de tener una mala salud física y reproductiva, además de exhibir dificultades en su funcionamiento social y secuelas de salud mental y emocional (ONU, 2006). También se ha observado mayores probabilidades de abusar del alcohol y las drogas por parte de mujeres víctimas de violencia, además de presentar disfunciones sexuales, depresión, estrés postraumático, trastornos del sistema nervioso central e intentos de suicidio. La salud física de las mujeres víctimas de violencia se puede ver afectada de diversas maneras, a saber (ONU, 2006): • Lesiones físicas tales como fracturas, hemorragias internas, desfiguración, heridas de distinto tipo, dolores crónicos, trastornos gastrointestinales, pérdida de capacidades auditivas y visuales, pérdida de dentadura o piezas dentales, entre otras. • Lesiones a nivel de salud reproductiva tales como desgarramientos y/o desfiguración de órganos genitales y ano, hemorragias, infecciones vaginales, dolores pélvicos crónicos, infecciones de las vías urinarias, enfermedad pélvica inflamatoria, trastornos ginecológicos, infecciones de transmisión sexual, particularmente el VIH/SIDA y el VPH, infertilidad, entre otras. • Embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, incluyendo abortos, partos prematuros, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer. • Embarazos no deseados producto de violencia sexual. Estos embarazos también pueden ser producto del temor a plantear al hombre el uso de métodos de planificación familiar y pueden tener repercusiones graves como abortos practicados en condiciones de riesgo, suicidios, aislamiento u homicidios. Las consecuencias psicológicas de las violencias de género contra la mujer pueden tener serias repercusiones físicas. Así por ejemplo, es común que las mujeres víctimas de violencia física y sexual desarrollen depresión, además de estrés y trastornos de ansiedad. La comunidad científica reconoce la existencia del “síndrome traumático de las mujeres que sufren tratos abusivos” propuesto por Lenore Walker, el cual se caracteriza por falta de autonomía volitiva, miedo, angustia, depresión y, en casos extremos, suicidio (ONU, 2006). Las secuelas de orden físico, psicológico y emocional pueden repercutir negativamente en la autonomía física, económica y reproductiva de las mujeres, afectando su interacción con seres queridos y amistades.

Fuente: Elaboración propia.

1.8. Transversalización de la temática de violencia de género contra la mujer en proyectos de desarrollo

Las violencias de género contra mujeres y niñas impiden su desarrollo personal y profesional, así como su participación plena en ámbitos diversos de la sociedad. Ello incluye actividades productivas que contribuyen al desarrollo de sus familias, comunidades y países.

Las iniciativas locales y los proyectos de desarrollo, sociales y productivos deben incorporar no sólo una mirada género-sensitiva desde el momento de su formulación, sino que deben incluir consideraciones relacionadas con los desafíos planteados por las violencias de género contra la mujer.

Algunos elementos a considerar en la formulación y ejecución de programas y proyectos son:

- ¿Qué impacto tendrá la implementación del proyecto en la vida de las mujeres?
- ¿Qué tipo de percepciones sobre el lugar social de las mujeres es predominante en la comunidad?
- ¿Existen posibilidades de incluir módulos de formación en igualdad de género y violencias de género contra la mujer en las actividades del proyecto?
- ¿Es posible que el proyecto/iniciativa aumente los factores de riesgo de las mujeres ante las violencias de género en su contra (por ejemplo, aumentando su control sobre recursos económicos y/o financieros, o desviando su atención de sus labores tradicionales a otras actividades en el espacio público)? ¿Qué tipo de estrategias de prevención de la violencia se puede usar en esos casos?
- ¿Existen redes de apoyo para mujeres víctimas de violencia en las comunidades donde se implementa la iniciativa?
- ¿Existen servicios y recursos para la prevención y denuncia de violencia contra las mujeres?
- ¿Existen servicios de apoyo y atención a víctimas de violencia?

MÓDULO 2. MARCO JURÍDICO DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO CONTRA LA MUJER

Gracias al trabajo de miles de activistas de derechos de las mujeres en todo el mundo, las violencias de género contra la mujer empezaron a dejar de ser vistas como un asunto privado y pasaron a ser un tema de interés público en el cual los Estados tenían la responsabilidad de actuar dadas sus repercusiones en materia de derechos y de salud pública. Pero este es un hecho relativamente reciente en la historia de la humanidad. En las sociedades inglesa y estadounidense del siglo XIX, los maridos gozaban del derecho de infligir diversos tipos de castigos y maltratos a sus mujeres, lo cual contaba con la reafirmación de las cortes por considerar que “(...) las disputas domésticas debían ser manejadas en privado por los cónyuges” (Kislinger, 2015). Recordemos que la condición social y jurídica de las mujeres era de subordinación a los hombres de sus vidas (padres, esposos, hermanos) en cuyas manos estaban la mayoría de las decisiones. Por ejemplo, en la España del siglo XVI, las “Leyes del Toro” disponían que la licencia del marido fuera necesaria para todas las actuaciones jurídicas de las mujeres casadas (López Córdón & Carbonell Esteller, 1997).

En Estados Unidos, en 1871, el caso “*Fulgham versus el Estado de Alabama*” marcó un hito en el reconocimiento de la violencia de género contra la mujer como un crimen al determinar la Corte Suprema de ese estado que “(...) la proposición de que un esposo pueda castigar moderadamente a su esposa [es] una reliquia del barbarismo” (Kislinger, 2015). Pero tomó unos 100 años más para que las violencias de género contra la mujer se reconocieran más ampliamente como hechos susceptibles de ser regulados por los marcos normativo-legales de los países. A partir de la década de 1970, numerosas organizaciones feministas que prestaban apoyo a mujeres maltratadas comenzaban a exigir respuestas y a llevar a la atención de la opinión pública mundial el hecho de que los maltratos contra las mujeres no eran actos aislados e individuales de hombres “malos”, sino que más bien los mismos tenían sus raíces en las relaciones estructurales de desigualdad entre hombres y mujeres (Kislinger, 2015). Un resultado tangible de grupos de mujeres exigiendo que se tomaran medidas en contra de las violencias de género contra la mujer a nivel nacional e internacional, fue que quedó en evidencia cómo esta problemática constituía una forma de discriminación y, al mismo tiempo, un mecanismo para su perpetuación. Este proceso desembocó

en la individualización de diversas formas y manifestaciones de violencia de género contra la mujer, al tiempo que logró que pasaran del ámbito privado al terreno público y de responsabilidad de los Estados (ONU, 2006).

Así, se inició la adopción de leyes y disposiciones específicas dentro de los ordenamientos jurídicos nacionales que brindaban protección y garantías específicas en materia de violencia de género a las mujeres. Estos esfuerzos incluyeron la incorporación del principio de igualdad entre hombres y mujeres en las constituciones nacionales e instrumentos análogos (ONU, 2006). Por ejemplo, en América Latina el desarrollo normativo en torno a la violencia de género es relativamente reciente, remontrándose a las décadas de los 80 y 90 del siglo XX. Estas leyes inicialmente estaban centradas en la violencia dentro del hogar y la familia más que en las mujeres mismas. Las leyes de segunda generación están centradas en la violencia contra la mujer de manera específica al tiempo que abarcan modalidades y ámbitos diversos en las mujeres que pueden ser víctimas de agresión.

Paralelamente, los Estados han venido también suscribiendo tratados y normas internacionales de defensa de los derechos de las mujeres, a saber: la CEDAW, su Protocolo Facultativo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) y otros tratados internacionales pertinentes sobre derechos humanos. Estos instrumentos jurídicos, conjuntamente con otros documentos internacionales de políticas como la Plataforma de Acción de Beijing, disponen que los Estados tienen la obligación de promulgar y poner en práctica normas legislativas contra todas las formas de violencia de género contra la mujer y monitorear su cumplimiento está establecida en una serie de instrumentos internacionales y regionales (ONU, 2006).

2.1 Violencias de género contra la mujer como asunto de Derechos Humanos

El trabajo de recolección de evidencia e investigación en torno al impacto y escala de las violencias de género contra la mujer adelantado por el movimiento de mujeres fue fundamental en demostrar que este tipo de violencias constituyen una discriminación de carácter sistemático en contra de las mujeres.

Este hecho fue reconocido por el Comité de la CEDAW en su recomendación general N°19 (1992), la cual señala que: 1) todas las formas de violencia de género contra la mujer están incluidas en la definición de discriminación hecha por la Convención, y 2) las violencias contra la mujer constituyen discriminación por motivos de género y dicha discriminación es a su vez una de las causas principales de ese tipo de violencias. Complementariamente, la recomendación general N°12 del Comité (1989) establece que los Estados están obligados a proteger a las mujeres de cualquier tipo de violencia, sea esta en el ámbito de la familia, el laboral o cualquier otro de la vida social.

Estos desarrollos en la interpretación de la CEDAW hechos por el Comité en sus recomendaciones generales N°19 y N°12 colocan a las violencias de género contra la mujer en el ámbito de competencia de la Convención y, al mismo tiempo, en el terreno de la norma jurídica internacional de la no discriminación por motivos de sexo. Así, las violencias de género contra la mujer se ubican entonces directamente en el discurso, las instituciones y los procesos de promoción y protección de los derechos humanos (ONU, 2006) con lo cual el papel de los Estados en prevenir, investigar y castigar las violencias de género contra la mujer pasa del “ámbito de la discrecionalidad” al ámbito de la obligatoriedad.

Señala el Secretario General de la ONU que la categorización de las violencias de género contra la mujer como una cuestión de derechos humanos “(...) clarifica las normas vinculantes que imponen a los Estados las obligaciones de prevenir, erradicar y castigar esos actos de violencia y los hacen responsables en caso de que no cumplan tales obligaciones (...) [las cuales] emanan del deber de los Estados de tomar medidas para respetar, proteger, promover y cumplir los derechos humanos” (2006).

Agrega que este hecho empodera a las mujeres al asumirse “no como receptoras pasivas de beneficios discrecionales” por parte del Estado u otros actores, sino como “ciudadanas activas y titulares de derechos” y pone a su disposición instrumentos y mecanismos legales regionales e internacionales como mecanismos alternativos para la protección de sus derechos, al tiempo que “realza la participación de otros promotores de los derechos humanos, inclusive hombres y niños, que pasan a ser interesados en el enfoque de la violencia contra la mujer como parte de la construcción del respeto por todos los derechos humanos.”

Tabla 10: Derechos de las mujeres protegidos por la Ley 1257

Derechos Protegidos (artículo 7)	• Derecho a una vida digna • Derecho a la Integridad sexual • Derecho a la Intimidad • Derecho a la igualdad real y efectiva • Derecho a la libertad y autonomía • Derecho a la salud • Derecho a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes • Derecho a la Integridad física • Derecho a la Integridad psicológica • Derecho a la seguridad personal • Derecho a no ser sometidas a forma alguna de discriminación • Derecho al libre desarrollo de la personalidad • Derecho a la salud sexual y reproductiva
Derecho de las Mujeres Víctimas de Violencia (artículo 8)	• Derecho a la atención integral • Derecho a recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y sobre los mecanismos legales a su disposición • Derecho a escoger el sexo del facultativo para la práctica de los exámenes médico-legales • Derecho a la confidencialidad de sus datos y los de sus familiares • Derecho a acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas • Derecho a decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo • Derecho a recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado • Derecho a dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual • Derecho a recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva • Derecho a recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral • Derecho a la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición

Fuente: Elaboración Propia

2.2 Marcos Jurídicos Nacionales

2.2.1 Colombia

El Estado colombiano es signatario de la CEDAW, de su Protocolo Facultativo, y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) de la OEA¹, de manera que las disposiciones de ambos instrumentos internacionales son de obligatoria observancia para Colombia.

Desde el punto de vista de su normativa legal interna, en el año 2008 se aprobó la “*Ley 1257 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres*” (Congreso de Colombia, 2008), la cual constituye una ley de segunda generación que reemplaza a la Ley 294 para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar del año 1996. Se trata de una ley integral que reconoce múltiples modalidades de violencia en contra de las mujeres que se diferencia de su predecesora por ampliar el ámbito en el cual ocurre la violencia más allá de la familia y el hogar.

Así, la violencia de género contra la mujer es definida como cualquier acto u omisión que le cause muerte daño o sufrimiento, incluyendo las amenazas de tales actos y la coacción o la privación

1 Aprobada mediante la Ley 248 de 1995.

Tabla 11: Instrumentos legales en materia de violencias de género contra la mujer en Colombia

Ley 360/1997	Consagra los derechos de las víctimas de delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana, entre ellos el derecho a ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social; tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia así como acceso gratuito a examen y tratamiento para la prevención de ITS incluido el VIH/ SIDA, y a exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional, además del derecho a ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios (Congreso de Colombia, 1997).
Ley 679/2001	Esta ley tiene por objeto dictar medidas de protección contra la explotación, la pornografía, el turismo sexual y demás formas de abuso sexual con menores de edad, mediante el establecimiento de normas de carácter preventivo y sancionatorio, y la expedición de otras disposiciones en desarrollo del artículo 44 de la Constitución (Congreso de Colombia, 2001).
Ley 747/2002	Introduce reformas y adiciones al Código Penal a fin de crear el tipo penal de tratas de personas (Congreso de Colombia, 2002)
Ley 1448/2011	Dispone la atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, incluyendo atención inicial, asistencia y rehabilitación en salud con participación de médicos psiquiatras, psicólogos, y todos los demás profesionales sanitarios que sean requeridos. La ley identifica como víctimas de violencia a niños y niñas nacidos como resultado de violencia sexual en el marco del conflicto armado.
Ley 1542/2012	Esta ley es una reforma del Código de Procedimiento Penal conforme a la cual los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria dejan de ser querellables y desistibles, es decir, cualquier persona puede denunciar la violencia intrafamiliar y las autoridades de oficio deberán iniciar la investigación hasta que termine el proceso y no se podrá conciliar y desistir de una demanda. Penal (Congreso de Colombia, 2012).
Ley 1639/ 2013	Con esta ley se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido (Congreso de Colombia, 2013).
Ley 1719/2014	Modifica algunos artículos de las Leyes 599 de 2000 y 906 de 2004, y establece medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, particularmente en el contexto del conflicto armado. Complementa las normas contenidas en la Ley 1257 de 2008, con el fin de sensibilizar, prevenir y sancionar las formas de violencia y discriminación contra las mujeres. La ley establece que son varios los delitos señalados como violencia sexual; además del acceso carnal y actos sexuales, se sancionan penalmente y aumentan las penas para: trata de personas, prostitución forzada, esclavitud sexual, esterilización forzada, embarazo forzado, desnudez forzada y aborto forzado (Congreso de Colombia, 2014).
Ley 1761/2015	Mediante esta ley se modifica el Código Penal para crear el tipo penal del feminicidio como delito autónomo (Congreso de Colombia, 2015).
Ley 1773/2016	Atención integral a las víctimas de agentes químicos y adiciona un artículo al Código Penal sobre las penas por tenencia, fabricación y tráfico de sustancias u objetos peligrosos (Congreso de Colombia, 2016).
Sentencia C-355 de la Corte Constitucional 2006	Dispone el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo a mujeres embarazadas forzosamente por hechos de violencia sexual o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, o de incesto. El cumplimiento de este derecho es obligatorio y gratuito (Corte Constitucional de Colombia, 2006).

Fuente: Elaboración Propia

arbitraria de la libertad, ocurran éstas en el ámbito público o en el privado (Congreso de Colombia, 2008) de orden físico, sexual, psicológico, económico y patrimonial. La ley enfatiza la definición de violencia económica, la cual describe como cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas

o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política, al tiempo que reconoce que dicha violencia puede consolidarse no sólo en relaciones de pareja, sino también en relaciones familiares, laborales o económicas.

De otra parte, la ley consagra los derechos de las mujeres en general (previstos en el

artículo 7), además de los derechos de las mujeres víctimas de violencia (artículo 8) (ver Tabla 10).

Los principios que rigen esta ley son la igualdad real y efectiva, el reconocimiento de que los derechos de las mujeres son derechos humanos, la corresponsabilidad de la sociedad y la familia en respetar esos derechos y contribuir a la eliminación de la violencia así como la responsabilidad del Estado en prevenirla, investigarla y sancionarla; la integralidad de la atención a mujeres víctimas de violencia la cual debe incluir información, prevención, orientación, protección, sanción, reparación y estabilización; el reconocimiento del Estado de la autonomía e independencia de las mujeres a tomar sus propias decisiones; la coordinación entre distintos entes del Estado para atender a las víctimas; la no discriminación en la garantía de derechos en todo el territorio; y la garantía de atención diferenciada a las necesidades y circunstancias específicas.

Sí bien la Ley 1257 es actualmente el instrumento central en el trabajo por prevenir y castigar las violencias de género contra la mujer, existe un número nutrido de leyes y decretos que complementan y desarrollan las disposiciones allí previstas (ver Tabla 11). Así mismo, se han adoptado una serie de disposiciones especiales para la protección de las víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

2.2.2 Nicaragua

Al igual que Colombia, Nicaragua es signataria de la CEDAW y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) de la OEA, de manera que las disposiciones de ambos instrumentos internacionales le son de obligatoria observancia. Nicaragua no ha firmado el Protocolo Facultativo de la CEDAW.

Dentro del orden jurídico interno, la Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres (Ley N° 779) fue el primer instrumento legal de su tipo adoptado en Nicaragua. Hasta el año de su promulgación (2012), la temática era regida a través de un conjunto de reformas y adiciones al Código Penal de ese país dispuestas en la Ley 230 del año 1996 (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1996) pero que estaban centradas fundamentalmente en la familia y en la violencia intrafamiliar. En su artículo 2, la Ley distingue entre la violencia perpetuada en el ámbito público y la violencia perpetuada en el ámbito privado (ver Tabla 12). Si bien ésta ley fue considerada como un avance significativo en el reconocimiento del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, en 2013, apenas un año después de su adopción, la Corte Suprema de Justicia aprobó una reforma que incorporó la figura de la mediación entre la víctima y el agresor (ver Tabla 14). Esto fue considerado por el Frente Amplio de Mujeres de Nicaragua

Tabla 12: Definiciones de violencia perpetrada en ámbito público y ámbito privado, Nicaragua

Ámbito Público	Aquella que por acción u omisión dolosa o imprudente, ocurre en la comunidad, en el entorno laboral e institucional o en cualquier otro lugar, y que sea perpetrada en contra de los derechos de la mujer por cualquier persona o por el Estado o sus agentes.
Ámbito Privado	Aquella que ocurre dentro del ámbito familiar o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 13: Delitos Tipificados por la Ley 779

Delitos de Violencia contra la Mujer	• Femicidio • Violencia física • Violencia psicológica • Violencia patrimonial y económica 1. Sustracción Patrimonial 2. Daño Patrimonial 3. Limitación al ejercicio del derecho de propiedad 4. Sustracción de las utilidades de las actividades económicas familiares 5. Explotación económica de la mujer 6. Negación del derecho a los alimentos y al trabajo • Intimidación o amenaza • Sustracción de hijos o hijas • Violencia laboral • Violencia en el ejercicio de la función pública • Omisión de denunciar de quienes tienen conocimiento del caso ante autoridades • Obligación de denunciar acto de acoso sexual por parte de autoridades jerárquicas en predios laborales, educativos o de cualquier otra índole
--------------------------------------	--

Fuente: Elaboración Propia

como un retroceso que significó "(...) la restitución de la cultura del abuso, la crueldad, la tortura doméstica, el irrespeto a la integridad física, psicológica, sexual, moral y el atropello de los derechos humanos fundamentales de las mujeres nicaragüenses."² Posteriormente, en el año 2014, se aprobó el reglamento de la Ley 779 la cual desvirtuó el objetivo de la misma. Entre los cambios fundamentales está la creación de nuevos mecanismos que complejizan y retardan el acceso a la justicia tales como las “Consejerías Familiares,” las cuales tendrían un papel de mediadoras. En febrero de 2016 se dio a conocer un instructivo de la Comisión Nacional Interinstitucional de Justicia Penal de la Corte Suprema de Justicia “para casos de violencia, alimento y protección especial de niños, niñas y adolescentes”, en el que se le instruye a los jueces especializados en violencia y a otros jueces facultados para conocer y aplicar la Ley 779, a no dictar sentencia de

arresto contra los hombres procesados en rebeldía por incumplimiento. Y en 2017, la Ley 952 modificó la definición de femicidio, el cual queda limitado sólo al ámbito de relaciones de pareja.

Con estas reformas, la Ley 779 ha quedado en la práctica desvirtuada.

La Ley 779 cataloga la violencia de género contra la mujer en cualquiera de sus formas y ámbitos como una manifestación de discriminación y desigualdad que viven las mujeres en las relaciones de poder. Al mismo tiempo el Estado reconoce que la misma es un problema de salud pública y de seguridad ciudadana (artículo 8) e identifica 7 modalidades de violencias de género contra la mujer, a saber:

- Misoginia;
- Violencia física;
- Violencia sexual;
- Violencia laboral;

2 Nicaragua aprueba permitir la mediación entre agresores machistas y sus víctimas. El Diario. España. 28 de septiembre de 2013. Disponible en https://www.eldiario.es/sociedad/Nicaragua-mediacion-denuncias-violencia-machista_0_179882016.html

Tabla 14: Leyes en materia de violencia de género contra la mujer, Nicaragua

Ley N.º 952, 2017 Reformas al Código Penal y a la Ley Integral contra la Violencia Hacia las Mujeres	Reforma los artículos 139 (Parricidio), 140 (Asesinato), 168 (Violación a menores de catorce años), 169 (Violación Agravada) y 565 (Juez Técnico) del Código Penal de Nicaragua (Ley N.º 641), y el artículo 9 de la “Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres” (Ley N.º 779), en relación al femicidio (La Gaceta Diario Oficial, 2017)
Ley N.º 896, 2015 Ley contra la Trata de Personas	Establece los mecanismos necesarios para la prevención, investigación, persecución y sanción del delito de trata de personas, así como la protección y atención integral a las personas víctimas (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2015).
Ley N.º 846, 2013 Reforma de la Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres	Modifica la Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres (Ley N.º 779) para incorporar la creación de juzgados especializados en materia de violencia e instituye la mediación en delitos menos graves (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2013).
Ley 641, 2007 Código Penal	Incorpora un capítulo dedicado a los delitos contra la libertad e integridad sexual dentro (Capítulo II, Título II “Delitos contra la Libertad”) (Asamblea Nacional, 2007). Define como tipos penales contra la libertad sexual los siguientes: • Violación; • Violación de menores de 14 años; • Violación agravada; • Estrupo; • Estrupo agravado; • Abuso sexual; • Incesto; • Acoso sexual; • Explotación sexual, pornografía y acto sexual con adolescente mediante pago; • Promoción de turismo con fines de explotación sexual; • Proxenetismo; • Proxenetismo agravado; • Rufianería; • Trata de personas con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción.

Fuente: Elaboración Propia

- Violencia patrimonial y económica;
- Violencia psicológica;
- Violencia contra la mujer en el ejercicio de la función pública.

Además de definir los tipos de violencias de género contra la mujer, también determina cuáles de ellos constituyen delitos y merecen recibir penas previstas en la Ley (ver Tabla 13).

El marco normativo-legal nicaragüense cuenta con otras leyes (ver Tabla 14) en materia de violencia de género contra la mujer. Algunas, sin embargo, van en contra del espíritu de la Ley 779.

2.2.3 Guatemala

Según señala el informe sobre la situación de país (Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2014), la violencia en contra de las mujeres y niñas, en especial la violencia sexual, ha sido uno de los crímenes más silenciados y castigados en Guatemala, tanto en la época del conflicto armado interno como en la actualidad. Agrega además que, a pesar de las brechas existentes en materia de recolección de datos, las cifras disponibles demuestran que las violencias de género contra la mujer son de los principales problemas estructurales que enfrenta el país desde el conflicto interno.

Guatemala es parte de la CEDAW y su Protocolo Facultativo de las Naciones Unidas, así como de la Convención Interamericana para

Tabla 15: Definiciones de violencia perpetrada en ámbito público y ámbito privado, Guatemala

Ámbito Privado	Abarca las relaciones interpersonales domésticas, familiares o de confianza dentro de las cuales se cometan los hechos de violencia de género contra la mujer, cuando el agresor es el cónyuge, ex cónyuge, conviviente o ex conviviente, con que haya la víctima procreado o no, el agresor fuere el novio o ex novio, o pariente de la víctima. También se incluyen aquí las relaciones entre el cónyuge, ex cónyuge, conviviente o ex conviviente, novio o ex novio de una mujer con las hijas de ésta.
Ámbito Público	Aquí se incluyen las relaciones interpersonales que ocurren en la comunidad, entre ellas los ámbitos social, laboral, educativo, religioso o cualquier otro tipo de relación que no esté comprendida en el ámbito privado.

Fuente: Elaboración Propia

Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) de la (OEA).

Desde el punto de vista legal interno, Guatemala cuenta desde el año 1996 con la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala, 2015). Esta ley se centra fundamentalmente en la violencia ocurrida en la familia. Así, define la violencia intrafamiliar como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a algún integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. Esta Ley cuyo ámbito de acción es ciertamente limitado, se ha venido complementando con la adopción de un conjunto de otras leyes que otorgan garantías específicas a mujeres, niñas y adolescentes, con particular énfasis en materia de violencia sexual y femicidio.

En el año 2008 se promulgó la Ley contra el Femicidio y otras formas de violencias de género contra la mujer que vino a complementar al texto legal de 1996. Ésta es una ley mucho más amplia en lo que respecta a sus definiciones y ámbito de aplicación y está fundamentalmente centrada en la mujer y las violencias de las que ella es objeto. En ella se define la violencia de género contra la mujer como “toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado.”

Queda establecida entonces la responsabilidad de los agresores, sean los actos cometidos en el espacio privado o en el público, al igual que la obligación del Estado de actuar a fin de prevenir, investigar y castigar todos los tipos

de violencia en cualquiera de los dos ámbitos. Al igual que la ley nicaragüense, distingue entre lo que constituye el ámbito privado y el ámbito público (ver Tabla 15).

Establecidas estas distinciones, la ley identifica seis tipos de violencia (ver Tabla 16, página siguiente).

Además de las dos leyes señaladas, Guatemala cuenta con otros textos legales (ver Tabla 17, página siguiente) que complementan el marco normativo de promoción y protección de los derechos de las mujeres a vivir libres de violencia.

Tabla 16: Tipos de violencia definidas en la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia, Decreto 22-2008

TIPO DE VIOLENCIA	DEFINICIÓN
Femicidio	Muerte violenta de una mujer, ocasionada en el contexto de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, en ejercicio del poder de género en contra de las mujeres.
Misoginia	Odio, desprecio o subestimación a las mujeres por el solo hecho de serlo.
Violencia económica	Acciones u omisiones que repercuten en el uso, goce, disponibilidad o accesibilidad de una mujer a bienes materiales que le pertenecen por derecho, por vínculo matrimonial o unión de hecho, por capacidad o por herencia, causándole deterioro, daño, transformación, sustracción, destrucción, retención o pérdida de objetos o bienes materiales propios o del grupo familiar, así como la retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos.
Violencia física	Agresiones en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer.
Violencia psicológica o emocional	Acciones que pueden producir daño o sufrimiento, psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o a sus hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, los hijos u otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos con el objeto de intimidarla, menoscabar su autoestima o controlarla, la que sometida a ese clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos.
Violencia sexual	Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer usos de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17: Leyes complementarias en materia de violencias de género contra la mujer

Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, 1997	Se centra fundamentalmente en la violencia ocurrida en la familia. Define la violencia intrafamiliar como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a algún integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.
Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, 1999	Define la discriminación de la mujer y la violencia de género contra la mujer. La primera sería cualquier distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, etnia, edad y religión, entre otros, que menoscabe o anule los derechos de las mujeres, sin distinción de estado civil y sobre la base de igualdad del hombre y la mujer en todas las esferas de la vida. La violencia de género contra la mujer es definida como todo acto, acción u omisión que por su condición de género, la lesione física, moral o psicológicamente.
Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia, Decreto 22-2008	Centrada en la mujer y los tipos de violencias de las que puede ser objeto. Define la violencia de género contra la mujer como toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado.
Ley contra la Violencia Sexual, explotación y trata de personas. Decreto 9-2009.	Tiene como objeto prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, y dispone los mecanismos necesarios para prestar atención y protección de las víctimas y resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La ley se reforma el Art. 173 del Código Penal en el cual se tipifica la violación agravando la pena, siempre cuando la víctima sea una persona menor de catorce años o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica (Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala, 2015).
Ley de Búsqueda Inmediata de Mujeres Desaparecidas Decreto 9-2016	Esta ley crea y regula un mecanismo de búsqueda inmediata de mujeres desaparecidas con el fin de garantizarles la vida, la libertad, la seguridad, la Integridad y la dignidad y así evitar que tras su desaparición puedan ser objeto de otro tipo de vejámenes, asesinadas o puedan ser trasladadas a otras comunidades o países. Aquí se incluye la creación de una base de datos de mujeres desaparecidas, definidas por la ley como aquellas cuyo paradero se desconoce y se ha presentado una denuncia (Congreso de la República de Guatemala, 2016)

Fuente: Elaboración propia.

MÓDULO 3.

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VIOLENCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES

3.1 ¿De qué se trata la atención integral?

La atención integral es entendida como una forma de atención de carácter multidisciplinario e integrado que apoya no sólo a las mujeres víctimas de violencia sino también a los miembros de su familia y la comunidad. La atención integral involucra una diversidad de respuestas que trasciende las formas tradicionales de atención del daño, y va dirigida adicionalmente a crear las condiciones para facilitar a las personas afectadas por la violencia, salir de la misma e identificar acciones para el fortalecimiento de su proyecto de vida.

Se habla de abordaje integral cuando se interviene sobre las dimensiones: social y comunitaria, psicológica, emocional, legal, física/biológica del problema, a través de una serie de acciones intersectoriales (Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, 2010), desde una comprensión compleja y dinámica de la problemática de violencia contra las mujeres (DEMUS, 2015).

Se requiere que este abordaje desde diversos sectores tenga un denominador ético y conceptual común que permita una atención de calidad, desde el que se entienda que la violencia de género contra la mujer se trata de un tipo de violencia basada en una construcción de género que establece relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, y que se entrelaza con otros tipos de discriminación, ya sea por factores culturales, étnicos, generacionales, de orientación sexual y condición económica y social, tal y como se ha señalado en los capítulos precedentes.

Este marco conceptual debe ir acompañado de ciertos enfoques que permitan desarrollar esa comprensión integral que estamos propiciando, y rescatando la condición de sujeto de las mujeres, tanto individual como colectivamente, incluyendo en el análisis las diferencias dadas a partir de variables como la cultura,

edad, etnia, orientación sexual, clase. De acuerdo a DEMUS (2015), organización peruana con muchos años de trayectoria en el abordaje de la violencia contra las mujeres, recomienda los siguientes:

1. **Perspectiva feminista y enfoque de género:** desde el feminismo se entiende que la violencia constituye un mecanismo que refuerza y reproduce las desigualdades de género, cercenando la autonomía de las mujeres y manteniéndolas en el espacio privado. Es decir, se entiende que la violencia contra las mujeres desde una perspectiva global, no individual o como derivada sólo de problemas personales. El enfoque de género por su parte, contribuye tanto al análisis de esta problemática no sólo desde la mirada o el impacto en las mujeres, sino también cómo los hombres se ven afectados con el sostenimiento del sistema patriarcal.

2. **Perspectiva crítica del derecho:** desde esta perspectiva se entiende que el Derecho no es neutral y una de sus características es su androcentrismo, ya que se rige por valores relacionados al sexo masculino y despreciando aquellos relacionados a la femineidad o a aquello que se entiende como “lo femenino”. Esta perspectiva crítica empuja a evaluar, identificar y contrarrestar ese androcentrismo presente en el Derecho, que en muchos casos funciona como piedra de tranca en el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia.

3. **Perspectiva psicodinámica:** incorporar los aspectos subjetivos como parte de la comprensión del fenómeno de la violencia, nos permite enfatizar en la dinámica de los procesos psíquicos y comprender así el camino a recorrer desde las mujeres y desde el abordaje integral para terminar con la violencia y la relación de dominio – sumisión que la perpetúa, además permite evidenciar el impacto de este hecho en la salud mental, entendida como derecho fundamental de todas las personas.

Para efectos de este manual se incorpora adicionalmente el enfoque diferencial, que es aquel que permite el reconocimiento de condiciones y posiciones de distintos actores sociales como sujetos de derecho desde una mirada diferencial de estado socioeconómico, género, etnia, discapacidad e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital (infancia, juventud, adultez y vejez); bajo los principios de igualdad, diversidad, participación, interculturalidad, integralidad, sostenibilidad y adaptabilidad. Sobre la adopción de este enfoque ahondaremos en el punto 3.7.

Ahora bien, en aras de unificar las pautas para un abordaje integral óptimo,

ONUMUJERES, UNFPA, OMS, PNUD y UNOCD (2015) han identificado los servicios esenciales que deben prestar los sectores de la salud, los servicios sociales y judiciales, y se han diseñado las directrices para la coordinación de los Servicios Esenciales y la gobernanza de los procesos y mecanismos de coordinación. Todo esto, con el objetivo de garantizar una prestación de servicios de alta calidad a las mujeres y niñas sometidas a violencia, especialmente en los países de ingresos medios y bajos. En conjunto, todos estos elementos conforman el “Paquete de Servicios Esenciales” cuya prestación y coordinación está basada en los siguientes principios:

- Un enfoque basado en derechos;
- La promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres;
- Adecuación y sensibilidad tanto a la cultura como a la edad;
- Enfoque centrado en las víctimas/sobrevivientes;
- La seguridad es primordial;
- La rendición de cuentas de los agresores

Y sus características esenciales son:

- **Disponibilidad:** los distintos servicios deben estar disponibles en cantidad y calidad suficientes para todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia, independientemente de lugar de residencia, nacionalidad, origen étnico, casta, clase social, condición de persona migrante o refugiada, condición indígena, edad, religión, lengua y nivel de alfabetización, orientación sexual, estado civil, discapacidad o cualquier otra característica.
- **Accesibilidad:** los servicios deben ser accesibles para todas las mujeres y niñas, sin discriminación. La accesibilidad ha de ser física (es decir, las mujeres y niñas deben poder acceder a los servicios en condiciones de seguridad y a una distancia adecuada), económica (los servicios deben ser asequibles) y lingüística (la información deben proporcionarse en diversos formatos).
- **Adecuación:** se consideran servicios esenciales adecuados para las mujeres y las niñas, aquellos que se prestan de una forma adaptada a éstas, es decir, que respeten su dignidad, garanticen su confidencialidad, sean sensibles a sus necesidades y perspectivas y reduzcan la victimización secundaria.

- **Priorización de la seguridad:** las mujeres y las niñas afrontan numerosos riesgos para su seguridad, tanto a corto como a medio y largo plazo. Estos riesgos son específicos de las circunstancias individuales de cada mujer y niña. La evaluación y la gestión de los riesgos pueden reducir el nivel de riesgo. Las mejores prácticas en materia de evaluación y gestión de los riesgos incluyen enfoques coherentes y coordinados entre los sectores social, sanitario, policial y judicial.
- **Informado y confidencialidad:** en la medida de lo posible, la prestación de cualquier servicio esencial debe proteger la privacidad de las mujeres y las niñas, garantizar su confidencialidad y únicamente revelar información cuando se cuente con el consentimiento informado de éstas. La información relativa a la experiencia de violencia de una mujer puede ser extremadamente delicada. El hecho de compartir esta información de forma inadecuada puede acarrear consecuencias muy graves e incluso poner en peligro la vida de las mujeres y las niñas, así como de las personas que las atienden.
- **Comunicación y participación efectivas de las partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación de servicios:** las mujeres y las niñas deben saber que se les está escuchando y que los servicios comprenden y dan respuesta a sus necesidades. La información y la forma en que ésta se comunica puede potenciar que mujeres y niñas busquen los servicios esenciales. Cualquier comunicación con mujeres y niñas debe promover su dignidad y ser respetuosa con ellas.
- **Recogida de datos y gestión de la información:** para respaldar la mejora continua de los servicios es importante llevar a cabo una recogida constante y precisa de datos acerca de los servicios prestados a las mujeres y las niñas. Los servicios proporcionados deben contar con procesos claros y documentados que permitan el registro exhaustivo y el almacenamiento confidencial y seguro de la información referente a las mujeres y las niñas, así como de los servicios que se les prestan.

- **Vinculación con otros sectores y organismos a través de la remisión y la coordinación:** el establecimiento de vínculos con otros sectores y organismos a través de la coordinación (por ejemplo, itinerarios de remisión) ayuda a ofrecer a las mujeres y las niñas unos servicios adecuados en el momento oportuno. Los procesos de remisión deben incorporar normas referentes al consentimiento informado. A fin de garantizar que las víctimas y sobrevivientes pasen sin problemas de un servicio esencial a otro, es necesario que existan protocolos y acuerdos sobre el proceso de remisión con los servicios sociales, sanitarios y judiciales pertinentes, que incluyan una definición clara de las responsabilidades de cada uno de estos servicios.

Adicional a esto y para que los servicios sean de alta calidad, se debe contar con marcos jurídicos y legislativos exhaustivos, gobernanza, supervisión y rendición de cuentas, recursos y financiación, capacitación y desarrollo del personal, seguimiento y evaluación, así como políticas y prácticas con perspectiva de género.

De manera gráfica, el paquete de servicios esenciales debe contar con lo siguiente (ver Tabla 18, página siguiente).

3.2 Identificación y gestión de casos ¿Qué hacer y qué no hacer?

No todas las mujeres y niñas en situación de violencia hablan de lo que están viviendo o han vivido. Existe una alta probabilidad de que no lo revelen espontáneamente. Las razones de este silencio están vinculadas a:

- Vergüenza, miedo a que se las culpabilice, a ser estigmatizadas, a que las forcemos a tomar decisiones para las que no se sienten preparadas o no desean;
- Por miedo a que su agresor se entere y tome represalias;
- Porque están siendo permanentemente vigiladas y controladas;
- A veces no son conscientes de la situación de maltrato o se lo niegan a sí mismas;

Tabla 18. Paquete de servicios esenciales: diagrama del marco general

PRINCIPIOS		
Enfoque basado en derechos	Promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres	Adecuación y sensibilidad a la cultura y la edad
Enfoque centrado en las víctimas/sobrevivientes	La seguridad es primordial	Rendición de cuentas de los agresores
CARACTERÍSTICAS COMUNES		
- Disponibilidad - Accesibilidad - Adaptabilidad - Adecuación	- Priorización de la seguridad - Consentimiento informado y confidencial - Recogida de datos y gestión de la información	- Comunicación eficaz - Vinculación con otros sectores y organismos a través de la remisión y la coordinación
SERVICIOS Y MEDIDAS ESENCIALES		
SALUD	SERVICIOS JUDICIALES Y POLICIALES	SERVICIOS SOCIALES
- Identificación de las sobrevivientes de violencia de pareja - Asistencia directa - Cuidado de lesiones y tratamiento médico de urgencia - Examen y atención de agresiones sexuales - Evaluación y atención de la salud mental - Documentación (médico-jurídica)	- Prevención - Contacto inicial - Evaluación/investigación - Proceso previo al juicio - Juicio - Rendición de cuentas de los autores de violencia y reparaciones - Proceso posterior al juicio - Seguridad y protección - Asistencia y apoyo - Comunicación e información - Coordinación del sector judicial	- Información en situaciones de crisis - Asesoramiento en situaciones de crisis - Asistencia telefónica - Alojamientos seguros - Ayuda material y económica - Creación, recuperación y sustitución de documentos de identidad - Información, asesoramiento y representación legal y sobre derechos, incluso en sistemas jurídicos plurales - Asistencia y asesoramiento psicosocial - Apoyo centrado en las mujeres - Servicios de atención a cualquier menor afectado o afectada por la violencia - Información, educación y difusión comunitarias - Asistencia dirigida a lograr la independencia, recuperación y autonomías económicas

Fuente: ONUMJERES et al, 2015

- Porque sienten que traicionarían a su pareja, ya que aún mantienen una relación afectiva o económica, o porque mantienen la idea de que esta situación puede cambiar (Blanco, citada en AIDOS et al, 2010).
Esto no significa que se encuentren bien con lo que está ocurriendo, sino más bien que muchas de ellas se encuentran atrapadas en esa situación, a veces con poca o ninguna información sobre a dónde acudir o con quien conversar sobre lo que les ocurre.
Desde quienes trabajan con mujeres y niñas en situación de violencia es importante que se tome conciencia de esto, así como de la existencia de estereotipos y prejuicios sexistas que pueden estar interfiriendo con nuestra atención y capacidad de escucha. Esto implica tener conciencia de género a nivel personal y profesional, cambiar nuestras actitudes hacia las mujeres y niñas en situación de violencia, y estar alertas a nuestras propias imposiciones en el trabajo de atención (ver Tabla 19).

Tabla 19: Lo que implica tener conciencia de género

¿QUÉ IMPLICA TENER CONCIENCIA DE GÉNERO?	
• Haber reflexionado sobre lo que es ser mujer y ser hombre, nuestra psicología, valores, ideas, creencias, comportamientos, identidad, roles en el mundo doméstico y en el público, limitaciones. • Ser conscientes de las diferencias y desigualdades y sus implicaciones. • Reflexión sobre la violencia, la que hemos vivido cada persona, cómo nos ha afectado, nuestras respuestas a la violencia. Trabajar nuestra vulnerabilidad a la violencia.	
A nivel profesional	• Ser consciente del sesgo sexista en la ciencia, la psicología, medicina, derecho, sistema judicial, etc. • Cuestionar la supuesta neutralidad y objetividad en la relación profesional con las mujeres. • Relación cercana, contacto físico si es necesario. Empatía de género. • Cuidar el lenguaje, que se entienda, no utilizar etiquetas o palabras técnicas. Dar información, nombrar. • No psicologizar, psiquiatrizar, patologizar, diagnosticar, culpabilizar, victimizar más. • Objetivos que nos planteamos: estimular la autonomía, la independencia, el desarrollo personal, actividades y relaciones. • Ser conscientes de que erradicar la violencia exige un cambio personal y social. • Es importante dedicar tiempo para el autocuidado, para la protección y el alivio de las tensiones que genera la violencia y las situaciones con las que nos enfrentamos.
Actitudes	• Acogida: interés, dar confianza y seguridad. • Confidencialidad, garantizar la intimidad. Pedir autorización para actuar, informar a otra persona o pedir ayuda. • Empatía, ponerme en su lugar, entender, hacerle saber que la entiendes, establecer relaciones cercanas. • Escucha paciente, atenta y activa: mundo emocional, contenido, demandas • Mantener la calma, tono suave y moderado. • Apoyo y contacto físico. • Respeto al proceso de cada mujer y el tiempo, sus posibilidades de ir enfrentando la situación. • Valorar sentimientos y enfatizar lo positivo, sus áreas de competencia. • Actitud de colaboración: ella genera alternativas con apoyo de profesionales. Fomento autonomía. • Dar elementos para entender lo que le pasa: nombrar o renombrar • Preguntar qué espera de mí. • Explorar apoyos. • Posponer las decisiones que puedan esperar. • Ofrecer recursos.
Cuidado con	• Caer en los mitos y estereotipos sobre la violencia. • Querer dar una respuesta rápida • Decir lo que hay que hacer, dar «recetas». • Intelectualizar, patologizar, diagnosticar • Juzgar: hacer preguntas del tipo ¿por qué no hiciste, debiste de... • Desalentarse por querer ayudar a quien no puede o quiere en ese momento. • Creer que sus decisiones son nuestras, que tenemos en nuestras manos la vida de esa mujer (omnipotencia).

Fuente: Nogueiras, 2004

Adicionalmente, es necesario que cada uno de las y los proveedores de servicios enfrente y supere una serie de defensas y barreras psicológicas que obstaculizan la adecuada atención, culpabilizan a la mujer y generan rechazo a trabajar con las víctimas.

En el siguiente cuadro (Tabla 20) se muestran estas defensas y barreras, así como las salidas o respuestas a las mismas:

Tabla 20: Barreras psicológicas en las y los proveedores de servicios frente a la violencia contra las mujeres

DEFENSA	BARRERA	RESPUESTA
Denegación psicológica	• Esto sólo ocurre en otras partes del mundo y con otra clase de gente. • Esto no es algo que ocurra a nuestras usuarias. • No quiero reconocer esto cuando lo veo. • Esto me pasó a mí pero no quiero admitirlo.	• Ocurre en todos los países y a todo tipo de persona • Ocurre a todo tipo de mujeres, de todas las razas, todos los grupos étnicos y todas las clases sociales • Es un tema difícil de abordar, pero después de recibir capacitación usted tendrá aptitudes necesarias para abordar el tema correctamente. • Es doloroso admitir que esto ha ocurrido, pero usted puede ayudar a otras personas y tal vez necesite que la ayuden a usted.
Racionalización	• Es un asunto privado. • No es de mi incumbencia. • No tengo tiempo para ocuparme de esto. • Si formulo preguntas, esto podría causarme problemas legales. • Las víctimas no quieren realmente hablar de la cuestión. • La mujer debe haber hecho algo para provocar la violencia. • De todos modos, no puedo hacer nada.	• Es una cuestión de derechos humanos • Es un problema de salud pública • Lleva un poco más de tiempo pero puede ahorrar tiempo a las/os proveedoras de salud en el futuro. • Esta cuestión debe considerarse antes de comenzar el proyecto de violencia de género contra la mujer. • Las mujeres sí quieren hablar de la violencia en sus vidas. • Nadie merece que se le golpee o se le haga objeto de violencia. • Es mucho lo que usted puede hacer y formular preguntas acerca de la violencia es la primera medida para contribuir a que las mujeres comiencen a recuperarse.
Minimización	• Esto ocurrió en el pasado y no puede estar afectándola ahora. • Como no tiene muchas lesiones, no puede haber sido una situación muy grave.	• El pasado, especialmente si hubo violencia, puede afectar el bienestar de una persona en el presente • La violencia puede causar daños psicológicos a la salud y al comportamiento que tal vez no sean visibles pero son muy graves.
Identificación	• Esto nunca podría ocurrirme a mí, de modo que no puede haberle ocurrido a una mujer en una situación parecida a la mía. • Era evidente la razón del agresor para golpearla.	• La violencia puede afectar a cualquier mujer, aun cando sea difícil considerar que uno es vulnerable a ella. • Tenga conciencia de que tanto hombres como mujeres pueden identificarse con el atacante.
Intelectualización	• Una mujer golpeada debe marcharse de su casa. • La gente supera estas cuestiones en períodos breves.	• Esta es una situación compleja y puede ser peligroso para ella decidir marcharse • Aun cuando se hayan superado las lesiones físicas, no necesariamente se han superado los demás efectos

Fuente: UNFPA citado en AIDOS et al (2010)

Tabla 21: Alertas sobre posible violencia contra las mujeres

• Cuando presenta síntomas o malestares de salud crónicos, vagos que no coinciden con un diagnóstico de enfermedad física clara • Cuando hay aislamiento social y la mujer no tiene acceso al dinero, a su familia o amistades • Cuando la mujer refiere que su pareja es colérico, agresivo o temperamental, o que tiene celos por cualquier relación amistosa con otros hombres • Cuando hay depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico o fobias, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol, hipervigilancia o intentos de suicidio • Cuando observamos que la mujer no cuenta con proyectos propios y mantiene un rol tradicional de mujer. • Cuando hay antecedentes de violencia entre sus padres. • Cuando no responde al tratamiento de una enfermedad física (dolor pélvico crónico, cefaleas crónicas, síndrome de intestino irritable, infecciones urinarias a repetición, etc.)	• Conducta agresiva o grosera por parte de la pareja o bien presenta una conducta excesivamente controladora o atenta y no deja a la mujer sola en ningún momento. • En referencia a los embarazos: asistencia tardía al control prenatal, “accidentes” o lesiones físicas durante el embarazo • En referencia a las lesiones físicas: cuando hay retraso entre las lesiones y la búsqueda de tratamiento o cuando las lesiones no se corresponden con la explicación dada. • En referencia al abuso sexual: embarazo en adolescentes, Infecciones de transmisión sexual en niñas y jóvenes, disfunciones sexuales, depresión, ansiedad, insomnio, problemas con alcohol y drogas, obesidad o delgadez extrema.
---	---

Fuente: AIDOS et al, 2010

Tabla 22: Apoyo de primera línea: ANIMA

ATENCIÓN AL ESCUCHAR	Escuche atentamente a la mujer con empatía.
NO JUZGAR Y VALIDAR	Demuestre a la mujer que la comprende, que le cree y que no la juzga. Asegúrele que ella no tiene la culpa de lo sucedido.
INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES	Evalúe y responda a las diversas necesidades y preocupaciones que la mujer tenga: emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos/as).
MEJORAR LA SEGURIDAD	Analice con ella un plan para que la mujer se pueda proteger a sí misma a partir de ese momento, en caso de que los episodios de violencia se repitan.
APOYAR	Apoye a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita.

Fuente: Ministerio de Salud de Uruguay e Iniciativas Sanitarias, 2018

Personas sensibilizadas y con conciencia de género están en capacidad de detectar la violencia contra las mujeres. Algunas situaciones o conductas que deben alertar sobre la posible presencia de violencia en mujeres que acuden a servicios, se presentan a continuación (ver Tabla 21).

Un primer abordaje de la violencia contra las mujeres, es el denominado “apoyo de primera

línea” que comprende cinco tareas sencillas que dan respuesta a necesidades emocionales y prácticas. Con el acrónimo ANIMA, se pueden recordar con facilidad estas cinco tareas que protegen la vida de las mujeres (ver Tabla 22).

Los objetivos, recomendaciones y consejos prácticos para el apoyo de primera línea se presentan a continuación (ver Tabla 23, siguiente página).

Tabla 23: Objetivos, recomendaciones y consejos prácticos para el apoyo de primera línea

Objetivos	• Determinar qué necesita la mujer y qué le preocupa. • Escuchar y validar sus preocupaciones y sus experiencias. • Ayudarla a sentirse conectada con los demás, tranquila y con esperanzas. • Empoderarla para que sienta que puede ayudarse a sí misma y que puede pedir ayuda. • Explorar las opciones que tiene. • Respetar sus deseos. • Ayudarla a encontrar respaldo social, físico y emocional. • Mejorar su seguridad.
Recomendaciones	• Estar en disposición de ayudar a resolver los problemas de la mujer. • Convencerla para que abandone una relación violenta. • Convencerla para que acuda a otros servicios, como la policía o los tribunales. • Preguntarle por detalles que la obliguen a revivir los momentos dolorosos; • Pedirle que analice lo que sucedió o los motivos. • Presionarla para que le cuente sus sentimientos y reacciones frente a la agresión. Estas acciones podrían ser más perjudiciales que beneficiosas.
Consejos Prácticos	• Encuentre un lugar donde haya privacidad y nadie pueda oír lo que se diga (asegúrese que no sea un lugar que indique a otros el motivo de la consulta). • Garantice a la mujer que lo que diga será confidencial y que usted no mencionará esa charla a nadie que no deba saberlo. Si la situación es de notificación obligatoria, explíquele qué información se comunicará y a quién. • Anímela a que hable y muéstrole que la está escuchando con atención. • Aliéntela a seguir hablando si quiere, pero sin forzarla (“¿Quiere contarme algo más?”). • Permita los silencios. Si llora, dele tiempo para que se reponga. Recuerde: respete siempre la voluntad de la mujer.

Fuente: Ministerio de Salud de Uruguay e Iniciativas Sanitarias, 2018

3.3 Atención social y mecanismos basados en la comunidad

3.3.1 Objetivos de la atención social

De acuerdo a ONUMUJERES et al (2015), la atención social se estructura en un conjunto de servicios sociales dirigidos a respaldar los derechos, la seguridad y el bienestar de las mujeres y niñas que experimentan violencia.

El objetivo fundamental de estos servicios es mejorar el bienestar general y el empoderamiento de las víctimas y sobrevivientes de la violencia. Son servicios cruciales para ayudar a las mujeres a recuperarse de la violencia, favorecer su empoderamiento y evitar que la violencia se repita, además, colaboran con determinados sectores de la sociedad o la comunidad para cambiar las actitudes y las percepciones en relación con la violencia. Algunos de los servicios más resaltantes son (ver tabla 24).

Tabla 24: Servicios sociales

Servicio	Objetivos	Directrices
Información en situaciones de crisis	La información en situaciones de crisis incluye información acerca de los derechos de las mujeres y las niñas, sobre la naturaleza de todos los servicios disponibles, y debe proporcionarse evitando cualquier culpabilización o juicio de valor. La información en situaciones de crisis debe estar disponible para las mujeres, niñas y niños que experimentan violencia, así como para sus familiares y amistades, colegas de trabajo, la policía y los servicios de salud que desempeñen algún papel de ayuda a las mujeres y niñas a la hora de acceder a los diferentes servicios en condiciones de seguridad si así lo deciden.	• Garantizar que la información sea clara, precisa y sucinta. • Garantizar información sobre todos los servicios existentes para las mujeres y las niñas y los niños. • Garantizar disponibilidad y una accesibilidad amplia de la información para todas las mujeres y niñas y niños. • Asegurar que la información sea adecuada para mujeres y niñas y niños en general y para quienes sufran múltiples formas de discriminación o discapacidad • Garantizar una distribución amplia de información con sensibilidad cultural a través de los diversos medios de comunicación pertinentes, en diferentes lugares y contextos en toda la región o el país.
Líneas de Asistencia Telefónica	Las líneas de asistencia telefónica proporcionan un vínculo esencial con los servicios de información, asesoramiento y apoyo para las mujeres y niñas que sufren violencia. Estas líneas son independientes, aunque complementarias, de las líneas de asistencia de emergencia y de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.	• Proporcionar líneas de asistencia telefónica gratuitas las 24 horas del día, todos los días de la semana, o, como mínimo, 4 horas al día, incluidos los fines de semana y festivos. • Garantizar que el personal encargado cuente con conocimientos y aptitudes adecuados y esté convenientemente capacitado para realizar esta labor. • Asegurar que las líneas de asistencia telefónica cuenten con protocolos de conexión con otros servicios sociales, judiciales y de salud, a fin de responder a las circunstancias individuales de las mujeres y niñas. • Garantizar que el personal de las líneas de asistencia telefónica tenga acceso a los recursos necesarios para garantizar la seguridad de las mujeres y las niñas. • Garantizar una información clara y precisa acerca del servicio y de su horario de atención, y que dicha información se comunique a través de canales adecuados. • Asegurar que se pueda acceder al servicio de asistencia telefónica utilizando un teléfono móvil.
Alojamiento seguro	Muchas mujeres y niñas necesitan abandonar de forma inmediata su entorno vital para poder permanecer seguras. El acceso oportuno a viviendas seguras, refugios, albergues para mujeres u otros espacios puede ofrecer una opción inmediata para que las mujeres y niñas puedan disfrutar de un alojamiento seguro. Pero, además de ello, es posible que necesiten ayuda para acceder a un alojamiento a medio o largo plazo.	• Proporcionar un alojamiento seguro hasta que desaparezca la amenaza inmediata. • Garantizar que se adopten medidas de seguridad (lugar secreto, personal y sistemas seguridad) • Asegurar que se disponga de un protocolo de acceso para las personas que entran y salen de un alojamiento seguro. • Proporcionar un alojamiento básico gratuito. • Garantizar la existencia de un protocolo para las y los menores no acompañadas(os). • Garantizar que el alojamiento sea accesible para las mujeres y niñas con discapacidad.

Asistencia Material y Económica	Durante un periodo de crisis, deberá partirse de la hipótesis de que las mujeres y las niñas gozan de poco o ningún acceso a recursos materiales. La asistencia material y económica incluye el apoyo y los recursos necesarios para permitirles acceder a información y asesoramiento en esas situaciones, así como a comida y alojamiento seguro.	• Proporcionar ayuda para dar respuesta a las necesidades básicas e inmediatas individuales de cada mujer y niña, incluido el acceso a servicios de transporte de emergencia, comida y alojamiento seguro gratuito. • Asegurar que la asistencia satisfaga las necesidades de cada niña y niño. • Proporcionar asistencia en especie y otros tipos de ayuda no monetaria, como productos sanitarios y artículos personales básicos. • Facilitar el acceso a la protección social. • Garantizar que las mujeres y las niñas puedan acceder a la asistencia material y económica a través de diversos medios.
Creación, Recuperación y Sustitución de Documentos de Identidad	Entre los documentos de identidad figuran los que necesitan las mujeres y las niñas para poder viajar, buscar un empleo o conservarlo, acceder a las prestaciones gubernamentales y los servicios sociales disponibles, acceder a cuentas bancarias, etc. Dado que muchas mujeres y niñas que sufren violencia se ven obligadas a huir sin esos documentos para poder permanecer seguras, pueden necesitar ayuda para expedir, recuperar o sustituir sus documentos de identidad	• Ayudar a las mujeres y niñas a establecer o recuperar su identidad de conformidad con la normativa legal local o con los protocolos internacionales, cuando sea necesario. • Actuar a modo de enlace con los servicios consulares o diplomáticos adecuados, cuando proceda. • Prestar asistencia de cara a la expedición, recuperación o sustitución gratuita de documentos de identidad.
Asistencia de cara al logro de la independencia económica, la recuperación y la autonomía	Se sabe que la experiencia de violencia tiene consecuencias duraderas desde el punto de vista de la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas, y que afecta de forma significativa a su capacidad para participar plenamente en la sociedad. Las mujeres y las niñas pueden requerir asistencia a más largo plazo para recuperarse y poder realizar actividades productivas	• Prestar un apoyo continuado durante un mínimo de seis meses con el fin de lograr una recuperación total de la persona. • Facilitar el acceso a la protección social y a la asistencia económica cuando sea necesario. • Facilitar el acceso a la formación profesional. • Proporcionar acceso a oportunidades de generación de ingresos, como financiación inicial para la puesta en marcha de un negocio. • Apoyar la reintegración segura de las mujeres y las niñas y los niños en la comunidad.

Fuente: ONUMUJERES et al, 2015

3.3.2 Abordaje individual

El abordaje individual de las mujeres en situación de violencia desde la atención social debe sostenerse en cuatro pilares fundamentales, que son (Instituto de la Mujer Oaxaqueña, 2009):

1. La confianza por parte de la víctima hacia la persona que la atiende en el área de trabajo social.
2. Las expectativas de beneficio que construye la víctima.
3. La exposición de razonamientos apegados a la realidad y la posibilidad de construir un proyecto libre de violencia para ellas.
4. La participación activa de las mujeres.

Usualmente, en las instituciones, el primer contacto de las mujeres en situación de violencia es realizado con un profesional del área de trabajo social, por lo que es crucial que se establezca una comunicación clara y precisa. Es importante que desde este primer contacto se informe que la violencia es una violación de sus derechos, se desculpabilice a la mujer y se le explique cuáles son las acciones y las estrategias que puede realizar para dar inicio a la ruta que le permita salir de su situación

Tabla 25: Indicadores de peligro en que se encuentra la mujer y sus hijos e hijas

• Percepción, por parte de la mujer, de peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijas e hijos. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida con la categoría de peligro extremo • Lesiones graves • Hostigamiento o amenaza, a pesar de estar separados • Repetición del ciclo de la violencia, de forma continuada • Aumento de intensidad y frecuencia de la violencia • Violencia durante el embarazo • Violencia sexual repetida	• Amenazas con armas o uso de las mismas (de fuego, punzocortantes u otras) • Amenazas o intentos de homicidio a ella o a sus hijas e hijos • Amenazas o intentos de suicidio de la mujer, a causa de los problemas con la pareja • Malos tratos a hijas e hijos u otros miembros de la familia • Comportamiento violento fuera del hogar • Celos extremos, control de sus actividades diarias • Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor.
---	---

Fuente: Instituto de la Mujer Oaxaqueña, 2009

Tabla 26: Recomendaciones para la construcción de un Plan de Seguridad

• Identifique lugar/es de confianza donde podría acudir a refugiarse en caso de una emergencia, si son más de uno pedirle que priorice • Si no ha contado a nadie de su situación de violencia, hágalo, con persona/s de confianza, de forma que pueda servirle de apoyo • Haga acuerdos con estas personas de confianza y cercanas de las señales que pueden ser interpretadas como una señal de alarma y de que necesita ayuda inmediata, para que ésta le sea dada • Hacer acuerdos con las hijas e hijos sobre sus propias medidas de seguridad si son testigos de violencia, como por ejemplo salir de la casa, pedir ayuda • Fotocopiar los documentos personales y guárdelos en un lugar seguro dentro de un bulto o cartera, que no sea el mismo lugar donde están los originales. De ser posible, esconda los originales donde una persona de suma confianza	• Guarde cierta cantidad de dinero en efectivo para transportarse y mantenga su celular cargado y disponible para realizar llamadas • Tenga a mano cosas claves, como algunas piezas de ropa para usted y sus hijas e hijos • Realice una lista de otros objetos que le gustaría llevar consigo si tuviese la oportunidad de regresar a buscarlos o mandar a buscar, en caso de que salga de la casa • Cuando se marche, de ser posible, traiga a sus hijos consigo. Si usted piensa regresar posteriormente a buscarlos, la policía no podrá ayudarla a apartarlos del lado de su padre, a menos que usted tenga una orden judicial
---	--

Fuente: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, 2010

de violencia. En ocasiones las mujeres no han reconocido la situación de violencia que viven y es importante ayudarlas a que tomen decisiones informadas: “no se trata de forzarlas en las acciones, ni decir lo que deben hacer sino de respetar sus tiempos” (AIDOS et al, 2010: 22).

En una primera entrevista, se recomienda que la persona al frente de la atención social advierta lesiones físicas (visibles o no) que requieran ser atendidas de manera inmediata – particularmente en los casos de violencia sexual que ameriten experticia pericial – para realizar la referencia correspondiente. Si no es el caso, se puede continuar con la entrevista social atendiendo al estado emocional de la mujer.

En esta primera entrevista es preciso evaluar el riesgo/seguridad en que se encuentra

la mujer para sufrir nuevos episodios de violencia. Algunos indicadores de peligro se muestran en la siguiente Tabla 25.

Una vez realizada esta valoración, es preciso construir un plan de seguridad o plan de emergencia que le permita a la mujer salir de la situación de violencia en que se encuentra. Algunas recomendaciones básicas que se pueden brindar a las usuarias se presentan en la Tabla 26.

Este plan de seguridad es realizado de manera individualizada y debe hacerse seguimiento periódico al mismo. De igual manera, es preciso que sean canalizados todos los apoyos requeridos por la mujer y sus hijos e hijas (servicios de salud, legales, búsqueda de empleo etc.), para esto, es preciso un trabajo coordinado entre las diferentes instituciones.

Tabla 27: Tipos de estrategias comunitarias

La sensibilización como estrategia de cambio en el comportamiento, las actitudes y las prácticas	Está destinada a profundizar el conocimiento, la sensibilidad y la comprensión sobre la violencia contra las mujeres, a través de un proceso participativo de comunicación y educación, en el que se incorporan las experiencias de las personas de las comunidades enfocándose en sus realidades y promoviendo el aprendizaje interactivo. El fin de la sensibilización es provocar cuestionamientos sobre el comportamiento, las actitudes y las prácticas, a nivel personal y grupal, y promover cambios a nivel cultural y social. Esta sensibilización puede comprender algunos de estos temas: • Compartir y discutir información sobre violencia contra las mujeres. • Desvelar los mitos y estereotipos culturales que sirven de base a la violencia. • Desmontar los mensajes explícitos e implícitos internalizados a través de la socialización. • Identificar pautas culturales y sociales de resolución de conflictos
Movilización de la comunidad para prevenir la violencia contra las mujeres	Va dirigida al fortalecimiento y articulación de las capacidades comunitarias para la prevención de la violencia contra las mujeres. Comprende los siguientes objetivos y herramientas: • Establecer vínculos entre la ciudadanía y los programas, proyectos y servicios existentes en la comunidad que atienden la problemática de la violencia contra las mujeres (promoción, prevención, atención y rehabilitación), así como fomentar la creación de espacios para la articulación de esfuerzos. • Informar y sensibilizar a la comunidad y a las mujeres, acerca de sus derechos humanos, legales y sociales. Las herramientas son múltiples: encuentros, campañas, espacios para el intercambio y el diálogo, jornadas, talleres, exposiciones y eventos artísticos. • Crear grupos de apoyo en cada organización y sector de la comunidad para que sean portavoces de información y comunicación, brinden acompañamiento a mujeres víctimas de la violencia y sean el enlace con los programas, proyectos y servicios existentes en la comunidad. • Promover con las diversas organizaciones comunitarias prácticas organizacionales sensibles y equitativas al género y una posición de tolerancia cero frente a la violencia contra las mujeres, u otro grupo poblacional afectado por la violencia de género, como los niños, las niñas o los jóvenes. • Promover ante las organizaciones comunitarias la formulación e implementación de proyectos comunitarios para la formación ciudadana, la educación para la paz, la igualdad y la equidad de género, u otras áreas que tengan como objetivo la gestación de valores humanos y modelos de socialización distintos a los prevalecientes • Promover la formulación e implementación de proyectos dirigidos a ofrecer a las mujeres oportunidades de acceso a servicios sociales y formación laboral. • Gestionar recursos de diversa índole en apoyo a las actividades de promoción de una vida libre de violencias de las mujeres.
Articulación y trabajo en redes como estrategia para la organización comunitaria e incidir en políticas públicas	Está dirigida a establecer alianzas con otros actores con los cuales se comparten intereses y objetivos, o los cuales tienen experticias, competencias y/o responsabilidades con respecto a la atención de la violencia contra las mujeres

Fuente: Merz, 2010.

3.3.3 Abordaje comunitario, sensibilización y concienciación social

Es vital que las comunidades cuenten con información básica y tengan las herramientas para identificar casos de violencia de género contra la mujer, conozcan las instituciones a dónde pueden acudir en su sector y por sobre todo, entiendan que se trata de un problema de derechos humanos y un delito que debe ser denunciado. Se espera que las comunidades sean capaces de (AIDOS, et al, 2010):

- Identificar la violencia contra las mujeres como un asunto de derechos humanos;
- Mantengan una actitud de comprensión y apertura hacia la mujer víctima de violencia, sin culpabilización ni estigmatización;

Tabla 28: Aspectos que se deben abordar en la atención psicológica individual

Caracterizar los hechos	Determinar momento de inicio, duración, naturaleza de la violencia, vínculo con el agresor, acciones emprendidas y posibles obstáculos encontrados
Evaluar antecedentes de otros hechos de violencia (riesgos actuales, otras víctimas)	Es importante determinar cuál es el riesgo actual de la víctima de sufrir nuevas agresiones y determinar cuán severas pueden ser las mismas
Identificar y potenciar red de apoyo externo con la que cuenta la víctima	En este sentido es necesario darle al grupo familiar información y recursos que permitan resolver adecuadamente la crisis, y ejercer las acciones de protección, prevención de otras situaciones de violencia, denuncia, etc.
Identificar la violencia como un problema superable	Contra la creencia de que las víctimas de estas situaciones quedan “traumatizadas para toda la vida” la realidad nos muestra que las posibilidades de superación del sufrimiento son reales, y por esto cada vez se habla más de sobrevivientes que de víctimas, para destacar las salidas exitosas de muchísimas mujeres.
Rescatar los aspectos positivos de la sexualidad	Evidentemente, haber sufrido violencia sexual y/o de pareja genera un impacto en cómo se vive la sexualidad y puede marcar significativamente en la víctima la visión problematizada y genitalizada de la sexualidad, dentro de un contexto que le culpabiliza y le sanciona. Se intenta en el trabajo psicológico alcanzar una visión más integrada y total de su sexualidad, integrando esta experiencia vivida con aspectos positivos de su cuerpo, del contacto afectivo, de la visión de sí misma/o como ser sexuado, entre otros

Fuente: AIDOS et al, 2010

- Denuncien hechos de violencia contra las mujeres que estén ocurriendo en flagrancia en sus comunidades;
- No minimicen la gravedad ni las consecuencias de los hechos de violencia de género contra la mujer que hayan sido identificados.

Se pueden destacar tres tipos de estrategias comunitarias para la promoción y exigibilidad del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Ver Tabla 27).

3.4 Atención psicológica

3.4.1 Objetivos de la atención, evaluación e informes psicológicos

La atención psicológica dirigida a mujeres en situación de violencia posee dos grandes objetivos, el primero centrado en el trabajo psicoterapéutico y clínico propiamente dicho, y el otro, dirigido al reconocimiento de la violencia como delito y al acompañamiento en el proceso legal, también denominado abordaje psicojurídico.

La atención psicológica es un espacio en el que se trabajan aspectos como: el alivio de síntomas, la comprensión del hecho ocurrido, la asimilación y reacomodación de la experiencia. Como señala, Susana Velásquez (1999) al referirse al encuentro con la consultante “el objetivo de estas entrevistas es accionar sobre la realidad de la consultante a través de ayudarla a integrar el pensar, el sentir y el hacer que contribuya a una nueva organización

de la situación de violencia padecida. Y que le ofrezca diversas formas de enfrentar sus alcances” (Velásquez en AIDOS et al, 2010: 25).

Este trabajo consiste en brindar un espacio de escucha empática y de contención emocional, que valide la existencia de las mujeres y les devuelva una mirada sobre sus recursos y capacidades, aspectos que pudieron haber estado anulados como producto de la experiencia violenta (DEMUS, 2015). El impacto emocional y psicológico de la violencia posee unas características individuales, sin embargo, existen aspectos comunes que hay que abordar (ver Tabla 28).

En cuanto al reconocimiento de la violencia de género contra la mujer como delito y el acompañamiento en el proceso legal, se entiende que el proceso psicológico va ligado al proceso legal, dentro de la concepción amplia de atención integral ya mencionada.

El abordaje psicojurídico se plantea como una alternativa ofrecida a las usuarias frente a determinadas experiencias críticas vinculadas al proceso legal y que están asociadas a dinámicas nuevas en las que se generan miedos, fantasías y que son de mucha tensión para las mujeres, en parte por la falta de información, pero también por la desconfianza frente al sistema de justicia. Algunas de estas experiencias críticas son: estar en presencia del agresor, asistir a juicios o acudir a peritajes en instituciones del sistema de justicia. Por otro lado, dentro del abordaje psicojurídico también está la elaboración de los peritajes psicológicos, que son requeridos como pruebas adicionales al sistema de justicia que permiten

Tabla 29: Elementos a ser incluidos en el informe psicológico

Presencia/Ausencia de trastorno mental que comprometa el juicio de realidad	El sistema de justicia requiere conocer si la persona evaluada posee un juicio de realidad conservado o sus planteamientos y su denuncia son producto de algún trastorno mental asociado.
Presencia/Ausencia de trastorno psicopático o disocial	En los casos de la violencia contra las mujeres uno de los mitos asociados a las denuncias es que las mujeres han colocado la denuncia “para vengarse” y por tanto se trata de un síntoma de adaptación social o “rasgo psicopático de personalidad”. Es importante descartar esta posibilidad.
Presencia/Ausencia de algún trastorno mental asociado a los hechos de violencia denunciados	El experimentar situaciones de violencia está asociado a un impacto emocional y psicológico en la persona que los sufre; evidentemente la naturaleza y magnitud de este impacto no tiene una correspondencia lineal o exacta con el tipo o características del hecho o situaciones de violencia, es necesario considerar: tipo de violencia, duración, frecuencia, consecuencias de la violencia (no es lo mismo una violación sexual a una violación que genera un embarazo o una ITS o VIH/SIDA), apoyo familiar recibido, características de personalidad y/o fortalezas de la víctima y relación o nexos con la persona agresora. Se debe evaluar claramente si la mujer presenta signos y síntomas clínicos para un trastorno mental específico y éste debe ser señalado explícitamente en las conclusiones del informe psicológico.
Conexión entre el trastorno mental identificado y los hechos de violencia denunciados	Este es un punto central del informe, se debe explicar si el estado emocional de la consultante está asociado con la violencia reportada. En este sentido, deben relacionarse las características de los hechos de violencia referidos con la sintomatología clínica encontrada.
Conexión entre la violencia referida y la persona presuntamente agresora	Una vez que queda claro el estado emocional de la consultante y su relación con los hechos de violencia, es necesario enfatizar quién es la persona que se señala como responsable de los hechos.

Fuente: AIDOS et al, 2010

evidenciar el impacto emocional y el daño en la salud mental de las mujeres producto de la violencia (DEMUS, 2015).

El Modelo de Atención Integral en Violencia contra las mujeres elaborado por AIDOS et al (2010) presenta unos objetivos de la evaluación psicojurídica y brinda unas pautas para la elaboración de informes psicológicos para fines legales, que se presentan a continuación.

La evaluación e informe psicológico para fines legales no está dirigida a demostrar un delito o decir si la persona señalada como agresora es culpable o no – ese es el trabajo del tribunal y del sistema de justicia – ; la evaluación psicológica y el informe van dirigidos a dar información precisa sobre el estado emocional y psicológico de la víctima y la vinculación del mismo con la situación de violencia reportada (ver Tabla 29).

El informe debe ser redactado en términos claros y sencillos sin que por esto pierda su calidad técnica. Se recomienda utilizar en menor grado posible terminología de uso exclusivo de área que no sea de fácil comprensión para un/a abogado/a. Debe ser claro y no dejar dudas sobre lo que queremos decir, recordemos que el informe forma parte de un expediente. Es imprescindible que la evaluación psicológica responda a los elementos clínicos que deben ser considerados en toda evaluación, pero además debe enfatizar en los puntos anteriormente señalados. Es recomendable que la evaluación psicológica esté basada en la evaluación clínica realizada durante las entrevistas a la consultante, acompañada de la aplicación de pruebas psicológicas; estas últimas como complemento a la evaluación clínica.

La selección de la batería de pruebas psicológicas utilizada queda a criterio de la profesional a cargo de la evaluación psicológica, y la selección va a depender de los objetivos de la evaluación y las características de la consultante. Pueden utilizarse tanto pruebas de personalidad de tipo proyectivo como también inventarios de personalidad o cuestionarios estandarizados. Se debe buscar un punto de equilibrio entre una evaluación exhaustiva y la celeridad en la realización de la evaluación psicológica. No podemos tener un número

Tabla 30: Cualidades de la resiliencia individual

• La confianza de la persona en sí misma y en los demás como clave para promover la resiliencia • La autoestima consistente y la identidad que permite reconocer los logros y la aceptación personal • La introspección, reflexión y sentido crítico de sí mismo/a • La independencia y autonomía para fijar límites emocionales y físicos ante situaciones problemáticas • La capacidad de relacionarse y establecer vínculos e intimidad con otras personas, equilibrando la necesidad de afecto con la actitud de darse a los demás	• La iniciativa y aplicación para exigirse y ponerse a prueba con actividades accesibles, aunque cada vez más exigentes y llevarlas a la práctica • El sentido del humor y las emociones positivas que permiten evitar sentimientos negativos y soportar situaciones desagradables • La creatividad. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Serviría para integrar todo lo que ha pasado. Durante el proceso devastador de la violencia sexista, el maltratador va minando todas estas cualidades de resiliencia de la mujer e interfiere en que las puedan adquirir y desarrollar los hijos/as
--	--

Fuente: Salvador, 2015.

elevado de sesiones de evaluación y en aras de obtener la mayor cantidad de información, suelen ser suficientes de tres a cinco sesiones de evaluación para las entrevistas clínicas, la aplicación de pruebas psicológicas y por supuesto, la devolución de resultados de la evaluación a la propia consultante con la correspondiente revisión del informe ya elaborado.

3.4.2 La resiliencia como concepto clave para un nuevo abordaje

Recientemente, el concepto de resiliencia está siendo empleado para trabajar con mujeres, niñas y niños que han sido víctimas de violencia. Según Grotberg (1995) la resiliencia es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas (Grotberg citado en Salvador, 2015:104)” (ver Tabla 30).

De acuerdo a este concepto, se ha encontrado – según un estudio realizado en España en el 2011 – que del total de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja alguna vez en su vida, el 72,5 % ya ha salido del proceso de violencia, y las técnicas y estrategias que utilizan estas mujeres supervivientes de malos tratos coinciden en gran medida con las cualidades de resiliencia, que son (Salvador, 2015):

- A estas mujeres, las va a llevar a tomar la decisión el pararse a reflexionar sobre lo que les está pasando y tomar conciencia, escuchando y teniendo en cuenta otras perspectivas.
- Tras decidir abandonar la relación y después del abandono les va a ayudar mucho:
 1. mantenerse activas, para mantener el control y la autonomía;

2. autoafirmarse por oposición al agresor, y cuando han acabado la relación hacer todo lo que él les impedía;
3. descubrir y llenar el vacío, haciendo cosas que las hagan sentirse bien consigo mismas y con sus vidas;
4. recomponer redes sociales y recuperar relaciones;
5. escucharse a sí mismas y quererse, generando pensamientos que mantengan la autoafirmación y autoestima.

Este concepto de resiliencia invita a un abordaje de las mujeres, no desde la mirada de las víctimas, sino de personas con cualidades y capacidades que les permiten superar la violencia, y con esto, las y los profesionales operan como facilitadores o tutores de la resiliencia de las mujeres para que puedan dar el paso de romper la violencia. En este sentido, la manera novedosa de trabajar la violencia contra las mujeres a partir de la resiliencia, parte del principio de que no se trata de crear una respuesta a una situación adversa sino en crear un modo de vida que implica: a) la promoción de los factores resilientes, b) el compromiso con el comportamiento resiliente y c) la valoración de los resultados de la resiliencia. Esto le permitiría a las mujeres desarrollar su potencialidad y sus capacidades para alcanzar altos y óptimos niveles de bienestar, que les permiten manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas y sociales provenientes de experiencias traumáticas (Machicao y Aillón, 2009) (ver Tabla 31).

Ver herramienta 1: lista de sugerencias de preguntas basadas en la resiliencia para la entrevista clínica de la mujer que sufre malos tratos

Tabla 31: Abordaje de la resiliencia desde la atención psicológica a mujeres en situación de violencia

EL ABORDAJE DE LA RESILIENCIA CON MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DESDE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA IMPLICA EL FORTALECIMIENTO DE	
Confianza Se ha de construir una relación basada en la confianza con la mujer, para que la ayude a implicarse en otras relaciones interpersonales, resolver conflictos y pedir ayuda	Capacidad para relacionarse Se promoverá que cuide y refuerce las relaciones interpersonales importantes e incluso que haga nuevas amistades
Autoestima e Identidad Analizándose a sí misma y su sentido de la vida y haciéndose preguntas para buscar sus respuestas (¿Quién soy yo? ¿Hacia dónde quiero ir?)	Iniciativa y Aplicación Es necesario que se proponga pequeñas metas e intente llegar a ellas, aunque al principio no lo consiga. También debe valorar las consecuencias de lo que puede pasar, para buscar otras alternativas si fuera necesario. Serán importantes los modelos a imitar (otras mujeres que ya han salido de la violencia)
Cuidarse y respetarse a sí misma Aprender a conocer sus emociones y la manera de expresarlas.	Fomentar las capacidades comunicativas Mediante la práctica, para sentirse segura y aprender a escuchar. Aprender a pedir ayuda. Humor, emociones positivas.Son estrategias de adaptación que la ayudarán a sobrellevar el sufrimiento y liberar energías, incluso proporcionan otra perspectiva de la realidad. Pueden ser muy útiles las técnicas de relajación, etc.
Independencia o autonomía Se la irá estimulando a que vaya tomando pequeñas decisiones por sí sola y hacerla ver que se puede cometer errores y aprender de ello	Creatividad Para elaborar distintas estrategias o también fomentar expresión artística que la llevará a tomar distancia de lo que les ha pasado e integrarlo en su historia de vida
Apoyarla en los fracasos Sin crear una nueva relación de dependencia sino que sea responsable de sus propios actos.	
Introspección, reflexión y sentido crítico Todo el trabajo de análisis comentado anteriormente va a ser un importante ejercicio de introspección y reflexión, con lo que puede ir elaborando una crítica constructiva de lo que la ha pasado o la está pasando	

Fuente: Salvador, 2015

Todo esto puede ser trabajado individualmente o a través de grupos, que usualmente se denominan de autoayuda, asesoramiento o apoyo, en los que las mujeres son las protagonistas y marcan las necesidades, los tiempos y los temas a tratar. Cada mujer sigue su ritmo personal y apoya al resto en los suyos. En estos grupos se adquieren una serie de herramientas y estrategias para convertir el malestar en bienestar, el miedo en oportunidad, y la sumisión en asertividad. Algunas de estas estrategias, interrelacionadas entres sí, son: el autoconcepto y auto-estima, la identidad como mujeres, la gestión de emociones y forma de comunicación, y el ejercicio de derechos (AIZAN, 2013).

3.4.3 Atención a niños y niñas

La exposición de niños, niñas y adolescentes a la violencia de género contra la mujer puede tener repercusiones negativas en su desarrollo emocional, social y cognitivo, tanto que sean víctimas directas o victimas indirectas de esta violencia. La detección de estas repercusiones y la atención a niños y niñas forma parte de los servicios sociales esenciales presentados en el punto 3.3.1.

Algunos elementos que contribuyen a hacer la detección en niños y niñas se muestran en la Tabla 32.

Las respuestas de niños, niñas y adolescentes pueden ser muy variables y está diversidad está asociada a una serie de elementos que influyen (ver Tabla 33).

Asimismo, existen factores de protección que pueden ayudar a los niños y niñas a sufrir el menor daño posible fruto de la exposición a la violencia de género contra la mujer (ver Tabla 34).

Tabla 32: Efectos de la violencia de género contra la mujer en niños y niñas vistos a través de sus indicadores

	BEBÉS Y PEQUEÑOS/AS	EDAD PREESCOLAR	EDAD ESCOLAR	ADOLESCENTES
Conductual	Irritabilidad	Agresividad, problemas de conducta	Agresividad, problemas de conducta, desobediencia	Conductas violentas, fugas, delincuencia
Emocional		Miedo, ansiedad, tristeza, preocupación por la madre, trastorno de estrés postraumático, dificultades afectivas.	Miedo, ansiedad, depresión, baja autoestima, culpabilidad, vergüenza, trastorno de estrés postraumático.	Depresión, ideas suicidas, trastorno de estrés postraumático.
Física	Problemas para dormir y comer, angustia	Alto nivel de actividad, intento de llamar la atención y de aferrarse, actos regresivos		Abuso de sustancias
Cognitiva	Dificultades de comprensión	Comprensión limitada, sentimientos de culpabilidad	Culpa, problemas de rendimiento escolar, actitudes a favor de la violencia	Actitudes a favor de la violencia
Social		Problemas a la hora de interactuar con iguales o adultos, relación ambivalente con la madre o con el/la cuidador/a principal.	Menor y peor calidad en la relación con sus iguales	Relaciones (de pareja) con conductas violentas

Fuente: Save the Children et al, s/f

Tabla 33: Elementos que inciden en la respuesta emocional de niños, niñas y adolescentes

• El manejo que cada pareja le dé a sus conflictos, el modo de exteriorizarlos y de comunicárselos a sus hijos o hijas, influyen en la percepción que éstos tienen sobre las relaciones entre las personas • La presencia de otros factores de riesgo como el abuso de sustancias psicoactivas, el abuso de alcohol, la depresión de la madre, la personalidad antisocial del padre, situaciones económicas desfavorables o asilamiento social • Si alguno o ambos miembros de la pareja se ve afectado personalmente hasta desarrollar síntomas de alguna patología (depresión, ansiedad, estado paranoide etc.) y esto lo lleva a alterar negativamente el vínculo con sus hijos o hijas y la educación que les brinde • Proximidad de los niños y niñas a las agresiones, al ser testigos directos de la misma • La severidad y cronicidad de la violencia • Si se hace al niño o niña partícipe de la situación o es uno de los “motivos” de las situaciones conflictivas o si hay triangulación y se ve obligado a “tomar partido” por uno de los padres	• Si el niño o niña vive una situación de negligencia por ausencia de cuidados paterno – filiales, como verse obligado a prescindir de ciertos recursos físicos básicos para su desarrollo, o no están cubiertas sus necesidades físicas, emocionales o sociales • Si como consecuencia de la violencia de género contra la mujer la cotidianidad se modifica notoriamente y el niño o niña tiene que estar separado de la madre o del padre • Si el niño es, además, víctima directa de maltrato físico o emocional por parte alguna de sus figuras parentales • Características propias de los niños o niñas: el temperamento, la edad, la interpretación que hace de esta realidad, la seguridad de sus vínculos, las habilidades sociales, la capacidad de expresar emociones y de pedir ayuda • La disponibilidad de otras figuras vinculares que pueden protegerlos emocionalmente o apoyarlos y paliar la ausencia de los cuidados paterno –filiales • La respuesta rápida y eficaz de las instituciones que tienen la responsabilidad de atenderlos
---	---

Fuente: Save the Children et al, s/f

Tabla 34: Factores de protección

• Cualidades de los niños y niñas como temperamento tranquilo y fácil, altas habilidades cognitivas • La existencia de algún adulto que fomente los recursos propios de la niña o niño y fortalezca su capacidad de resiliencia • Una actitud parental competente que satisfaga las necesidades fisiológicas, afectivas y sociales del niño o de la niña • Buena respuesta de la madre. Se ha visto que a pesar de sus problemas, muchas madres tienen la capacidad emocional de estar disponibles para sus niños o niñas, mostrar afecto a pesar de las circunstancias y poner límites para una educación sana de los hijos o hijas. Muchas madres realizan grandes esfuerzos por compensar los efectos negativos sobre sus hijos e hijas de la violencia vivida en el hogar • La capacidad de la madre para participar y apoyarse en la red social. En este sentido los servicios y recursos que apoyan a las mujeres víctimas de violencia de género juegan un importante papel en la recuperación, en el fortalecimiento de la autoestima y de las competencias maternas de estas mujeres • La comunicación entre las madres y sus hijos o hijas sobre la existencia de conflictos que ellos o ellas han presenciado baja la posibilidad de que muestren problemas de comportamiento y de violencia manifiesta, siempre y cuando ese diálogo no vaya acompañado de hostilidad, culpabilidad o rabia hacia la pareja	• El apoyo de la familia extensa puede ser una fuente de tranquilidad para los niños y niñas, para las madres, así como el apoyo de los educadores o de los profesionales que atienden a las mujeres • La ruptura del círculo de violencia entre los padres y una relación amable y libre de violencia entre los padres, una vez han decidido separarse • En la adolescencia la cohesión y apoyo del grupo de iguales puede tener una influencia positiva • La teoría de los sistemas familiares sugiere que una delimitación clara entre el subsistema matrimonial y el de los hijos (evitándose así la implicación de estos en los conflictos entre sus padres) se relaciona con un mejor funcionamiento del niño, mientras que la existencia de unas fronteras difusas haría más probable el desarrollo de disfunciones • Un factor importante de protección es el papel que el padre o la madre asignan a sus hijos o hijas dentro de la situación conflictiva. Es decir ellos y ellas se afectan más cuando asumen el papel de intermediarios entre los padres o son puestos como el medio a través del cual los padres entre sí, realizan comunicaciones agresivas o cuando los padres transmiten a los hijos o hijas su rabia a través de descalificaciones o críticas destructivas • La formación de los profesionales que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género es un factor de protección para los niños y niñas que están expuestos a esta violencia en su hogar
---	--

Fuente: Save the Children et al, s/f

En función a esto, es importante que las y los profesionales que trabajan con mujeres víctimas de violencia, cuenten con elementos que les permitan identificar las necesidades de atención de sus niños y niñas, y puedan detectar a todas las víctimas de la situación y tengan las herramientas para poder derivar a los niños y niñas a una atención psicoterapéutica con profesionales especializados en violencia de género y en infancia, en los casos que se requiera.

No obstante las necesidades específicas de atención, la organización no gubernamental Save the Children que cuenta con amplio trabajo a nivel mundial a favor de los derechos de la infancia, propone dos líneas de intervención generales en casos de violencia de género, una con las madres y otra directamente con niños y niñas:

A. Intervención con las madres, contextualizando el trabajo: adicional al acompañamiento de la mujer en su proceso personal, es importante que ella tome conciencia del impacto de la violencia en sus hijos e hijas y sobre todo los posibles riesgos a su integridad que pueden requerir medidas de protección. Se trata de procurar que niños y niñas cuenten con un referente cercano que les transmita seguridad emocional, les facilite el contexto necesario para que puedan expresar sus emociones, les establezca límites sanos y fomente la comunicación afectiva para que estas niñas y niños puedan comprender la situación que les ha tocado vivir. Este trabajo con las madres, puede incluso beneficiarlas a ellas mismas, en tanto que dejan de verse como entes pasivos de la atención, sino que forman parte activa del proceso de recuperación de sus hijos e hijas lo que contribuye a retomar el control de sus propias vidas. Es importante que esta intervención no se traduzca en un cuestionamiento a su rol como madres.

B. Diferentes discursos de las madres ante la propuesta de intervenir con sus hijos e hijas: debido a la carga emocional que poseen

las madres que viven una situación de violencia, no siempre acceden con facilidad a la atención de sus hijos e hijas, algunos de sus discursos son:

B.1. Madres que no creen que es necesario intervenir con sus hijos e hijas porque están preservados y no se dan cuenta de lo que sucede: es útil explicarles las consecuencias que la violencia puede tener sobre los niños o niñas; algunos ejemplos:

- Hacer la comparación con sus propias secuelas y devolverle ejemplos de la vida cotidiana que ella misma explica donde se ve el sufrimiento de sus hijas e hijos.
- Fomentar la empatía con sus hijas e hijos hablando de cómo ellas se sentían durante la historia de maltrato y ver qué consecuencias creen que ha tenido esta situación en ellas.
- Facilitar que hablen de las necesidades que ellas tenían en ese momento (que las escucharan, que no las juzgaran o que pudieran expresar su llanto y su rabia, por ejemplo).
- Hablar con la madre sobre qué consecuencias o efectos cree que ha tenido la violencia en sus hijos e hijas y, entonces, extrapolar lo que ellas sentían que necesitaban en ese momento con lo que pueden necesitar sus hijos e hijas ahora.
- Reflexionar y cuestionar los mitos que la madre presente respecto a sus hijas e hijos y la violencia como, por ejemplo, que los hijos e hijas no se enteraron porque cuando discutían los niños o niñas estaban durmiendo.

B.2. Madres que tienen mucho miedo de lo que pueda suceder si se trabaja con sus hijas e hijos por las repercusiones que pudiera tener: detrás de esto suele haber una visión de amenaza de la intervención profesional, siendo sus principales miedos:

- Que su rol materno se sienta cuestionado
- Que sus hijas e hijos salgan más dañados después de hablar de lo que han vivido y de lo que sienten
- Que se les retire la custodia de sus hijos e hijas

Es importante que se expliciten estos miedos y desconfianza, con miras a no fomentar su desvalorización, explicar que las emociones están presentes aunque sus hijos e hijas no

hablen de lo ocurrido, y tranquilizar a la madre sobre las posibilidades de que pierda la custodia, explicándole la realidad de tal posibilidad.

B.3. Madres que delegan a los profesionales la responsabilidad de la recuperación de sus hijos e hijas: bien por sentimientos de impotencia, por sentirse desbordadas, porque a veces no pueden conectar con el sufrimiento de sus hijos e hijas o por la sensación de que sus hijos/as no responden como ellas desean, algunas madres tienden a colocar esta responsabilidad fuera de ellas. Aquí es imprescindible trabajar con la mujer para que pueda explicitar estos sentimientos como vía para conseguir su colaboración.

B.4. Madres que pueden colaborar con la intervención desde el primer momento: usualmente son aquellas que poseen una capacidad empática importante hacia el dolor que ha creado la situación de violencia en su entorno.

C. Comprender las características diferenciales de las niñas y niños víctimas de violencia de género: es importante conocer la manera en que niños y niñas se posicionan ante la relación parental en un contexto de violencia, algunos posicionamientos pueden ser:

C.1. El niño o la niña considera la violencia como una forma de conducta normalizada: es posible que no viva la situación como algo problemático que deba ser cambiado, aquí es importante fomentar el cuestionamiento de sus modelos de relación, siempre desde el respeto y sin que se sienta cuestionado o amenazado.

C.2. La niña o el niño niega la violencia como mecanismo de defensa: puede resultar muy doloroso reconocer la violencia que se está viviendo, la labor en estos casos estaría dirigida a fomentar la confianza, e ir mostrando ejemplos de situaciones de violencia que le permitan, poco a poco, ir aproximándose al reconocimiento de la violencia en su vida.

C.3. El niño o niña se siente responsable de la violencia: en estos casos es importante trabajar este sentimiento de culpa, destacando que él o ella no es responsable de la violencia. Son necesarios mensajes claros y explícitos que desculpabilicen al niño o niña y que puedan ser tomados por éste/a en su discurso.

C.4. El niño o niña está triangulado: no toma partido por la madre o el padre, manteniendo lealtad con ambos, incluso entendiendo que debe asumir un rol directivo para acabar con la violencia entre los padres. Aquí el trabajo estaría dirigido a que el hijo o la hija recupere su rol y que la madre asuma el que le corresponde. El niño o niña debe centrarse en lo que es propio de su edad, dejando que los adultos asuman sus responsabilidades.

C.5. El niño o niña se sitúa al lado de la madre: en estos casos suele haber poca diferenciación entre los síntomas de la madre y del hijo o hija. La intervención variará en función de si el niño o niña toma actitud de protección de la madre, se siente desprotegido por la madre.

C.6. Cuando el niño o niña se sitúa del lado del padre: esto suele ocurrir porque considera al padre víctima de la situación o porque considera que el padre tiene razón y se culpa a la madre de la violencia. En estos casos es importante trabajar una visión realista tanto del padre como de la madre y acompañarlo en el proceso de duelo por la separación.

3.4.4 Espacios amigables para la niñez y adolescencia

Por espacios amigables se entienden aquellos servicios diseñados para dar respuesta a demandas específicas de la población infantil o adolescente que tienen en cuenta sus necesidades, formas de vida, modos de vincularse y están libres de los obstáculos que los servicios tradicionales tienen. Usualmente se discrimina entre espacios amigables para la niñez o la infancia y espacios amigables para adolescentes.

Es importante destacar que no son sólo espacios construidos para un público infantil o adolescente, son por encima de todo, un lugar seguro, confiable y de interés para los niños, niñas y adolescentes en el que se respetan todos sus derechos (Ahualli et al, 2015) y adicionalmente es posible la detección de posibles vulneraciones, incluida la violencia de género contra la mujer. Los espacios amigables deben tener un enfoque integral, para la vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, y manejar conceptos fundamentales (UNICEF et al, 2011), que son:

A. **Salud integral**: Comprende el bienestar físico, mental y social simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad.

B. **Atención Interdisciplinaria**: desde distintas áreas con un objetivo común y compromiso personal, enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo.

C. **Intersectorialidad**: Articulación de varios sectores, de una planificación estratégica e instrumentos compartidos con educación, trabajo, justicia, deportes, etc., para lograr la atención integral.

D. **Enfoque de riesgo**: Estrategias utilizadas para determinar las necesidades en los grupos de población, las prioridades y las acciones que promuevan los efectos de factores protectores y disminuyan los de riesgo. Aparecen nuevos conceptos como:

- Vulnerabilidad: posibilidad de que se produzca un riesgo o daño;

- Factores de riesgo: cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que “señala” una mayor probabilidad de sufrir un daño;
- Factores protectores: características de un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, mantener la salud o recuperarla contrarrestando sus posibles efectos;
- Comportamientos de riesgo: alteraciones de la conducta o actuaciones repetidas que pueden comprometer el desarrollo bio-psicosocial de los individuos;
- Oportunidad perdida: implica tomar conciencia de que toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etario, género y/o condiciones de riesgo.

La implementación de espacios amigables para niñez y adolescencia ha estado enfocada fundamentalmente hacia tres ámbitos, el empresarial, en la atención en salud y en situaciones de emergencia y desastres.

Ver herramienta 2: recomendaciones para la creación de espacios amigables en situaciones de emergencia y desastres

3.5 Atención médica

De acuerdo a ONUMJERES et al (2015), las mujeres que sufren abusos usan los servicios de atención sanitaria con más frecuencia que aquellas que no los han sufrido, y generalmente estos servicios constituyen el primer punto de contacto de estas mujeres con personal profesional, de manera que una respuesta de calidad por parte de los servicios de salud, no sólo garantiza el acceso al máximo nivel de salud posible sino que puede constituir el paso inicial para salir de la violencia sexual o de pareja en la que se encuentran.

3.5.1 Objetivos de la atención en salud

Los objetivos de la atención en salud a mujeres en situación de violencia son múltiples, los principales se pueden ver en la Tabla 35 (página siguiente).

Es importante que en la atención médica se garantice una atención privada y confidencial

(informando a las mujeres sobre los casos en los que existe la obligación de denunciar). En caso de que el personal sanitario no sea capaz de prestar asistencia directa debe garantizar que otra persona o institución pueda hacerlo de inmediato.

3.5.2 Detección y atención médica

Para facilitar el proceso de detección de violencia contra las mujeres, se recomienda que los centros sanitarios dispongan de información (folletos, carteleros, etc) por escrito sobre la violencia dentro de la pareja y sobre las distintas modalidades de violencia sexual; pero esto no es suficiente, es preciso realizar una detección activa de los casos. Para esto, se recomienda al personal sanitario (ver Tabla 36, página 126).

Una vez detectada una situación de violencia, bien sea de pareja o sexual, la mujer o niña debe recibir asistencia inmediata directa, que incluye:

- No juzgar a la mujer, apoyarla y validar lo que explique;
- Prestarle una asistencia y un apoyo prácticos, que respondan a sus preocupaciones sin invadir su autonomía;
- Preguntarle sobre su historial de violencia, escuchar atentamente sin presionar para que hable (cuando se recurra a intérpretes deberá extremarse el cuidado a la hora de hablar sobre temas delicados);
- Escuchar a la mujer sin presionarla a responder ni a revelar información;
- Ofrecerle información; ayudarle a acceder a información sobre recursos, servicios jurídicos y de otro tipo que puedan resultarle de utilidad y con un lenguaje cercano y comprensible, así como a ponerse en contacto con los servicios y mecanismos de ayuda social;
- Proporcionar información por escrito sobre estrategias para combatir el estrés severo (con advertencias relativas al peligro de llevarse a casa materiales impresos si convive con una pareja que abusa de ella);
- Ayudarle a mejorar la seguridad para ella misma y para sus hijas e hijos cuando sea necesario;
- Reconfortarle y ayudarle a aliviar o reducir su ansiedad;
- Proporcionarle apoyo social o movilizar a los servicios pertinentes (incluidos los de remisión).

Tabla 35: Objetivos de la atención en salud a mujeres en situación de violencia

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
Identificación de las sobrevivientes de violencia dentro de la pareja	Es importante que el personal sanitario sea consciente de que los problemas de salud de una mujer pueden ser consecuencia de la violencia o verse agravados por ella. Las mujeres que sufren violencia en sus relaciones y violencia sexual suelen acudir a los servicios de salud para recibir tratamiento para las consecuencias (incluidas lesiones) físicas o emocionales que provoca dicha violencia. Sin embargo, con frecuencia no hablan de esta violencia al personal que las atiende, por temor a ser juzgadas o por miedo a su pareja.
Asistencia directa	Al prestar asistencia directa a una mujer que ha sido objeto de violencia, hay cuatro tipo de necesidades que merecen atención: • 1) necesidades inmediatas en materia de salud emocional o psicológica; • 2) necesidades inmediatas en materia de salud física; • 3) necesidades permanentes en materia de seguridad; y • 4) necesidades permanentes en materia de apoyo y salud mental. La asistencia directa implica la prestación de cuidados prácticos y responde a las necesidades emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo de la mujer sin invadir su privacidad. Con frecuencia, la asistencia directa es el tipo de atención más importante que se puede proporcionar.
Cuidado de lesiones y tratamiento médico de urgencia	El examen y la atención de la salud física y emocional deberían tener lugar simultáneamente. A efectos del presente módulo, los servicios se consideran por separado a fin de ofrecer orientaciones claras en lo que concierne a las normas mínimas
Examen y atención de agresiones sexuales	La violencia sexual es una experiencia potencialmente traumática que puede tener diversas consecuencias negativas sobre la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres, lo que significa que éstas pueden requerir tratamiento agudo y, en ocasiones, de larga duración, en particular, asistencia en salud mental.
Evaluación y atención de la salud mental	Muchas mujeres que sufren violencia dentro de la pareja o violencia sexual podrán tener problemas emocionales o mentales como consecuencia de ello. Una vez que se supere la situación, el caso de violencia o la agresión, es probable que la víctima experimente una mejoría con respecto a esos problemas emocionales. La mayoría de las personas se recuperan de ellos. El personal sanitario puede ofrecer ayuda y técnicas específicas a las mujeres para reducir su estrés y favorecer su recuperación. Sin embargo, algunas mujeres sufrirán más que otras. Es importante ser capaz de reconocerlas y ayudarles a recibir atención.
Documentación (médico-jurídica)	Las proveedoras y los proveedores de servicios de salud tienen la obligación profesional de registrar los detalles de cualquier consulta con sus pacientes. Sus anotaciones deben reflejar lo que dijo la paciente con sus propias palabras, así como lo que hizo y observó el personal sanitario. Ante casos de violencia, es fundamental tomar notas completas y precisas en el transcurso de un examen, dado que los registros médicos pueden utilizarse como prueba ante un tribunal. Si la mujer consiente someterse a un examen forense, podría ser necesario contar con la colaboración de personal médico forense oficial o registrado.

Fuente: ONUMIJERES et al, 2015

3.5.3 Certificación médica

Como se ha señalado, ONUMIJERES et al (2015) consideran que las y los proveedores de salud tienen la obligación de registrar detalles de cualquier consulta de sus pacientes. En los casos de mujeres y niñas en situación de violencia se debe realizar una documentación completa y precisa, que incluye:

- Documentar en el registro médico cualquier queja relacionada con la salud, cualquier síntoma o señal que presente la paciente, incluida una descripción de sus lesiones.
- Puede resultar útil tomar nota de la causa o de la presunta causa de esas lesiones u otros problemas de salud, incluida la persona que lesionó a la paciente.
- Obtener el permiso de la paciente para anotar esa información en su historial.
- Respetar sus deseos.

Tabla 36: Recomendaciones para la detección de casos por parte del personal de salud

Hacer preguntas referentes a la exposición a la violencia dentro de la pareja a la hora de evaluar las enfermedades que puedan ser causadas o verse agravadas por la violencia dentro de la pareja, con el fin de mejorar el diagnóstico o la identificación y el tratamiento posterior Cuando se realicen preguntas sobre violencia éstas deben ir acompañadas de una respuesta eficaz, que podría incluir una respuesta en forma de apoyo directo, tratamiento y atención médica adecuada según las necesidades y una remisión, sea en el seno del propio sistema de salud o fuera de él Antes de hacer preguntas relacionadas con la violencia dentro de la pareja, el sistema de salud debería establecer los siguientes requisitos mínimos: • un entorno privado; • personal de atención sanitaria que haya recibido capacitación para formular adecuadamente las preguntas (por ejemplo, de una forma empática y sin emitir juicios) y responder de forma apropiada; • un sistema de remisión; • un protocolo o procedimiento operativo estándar.	En los casos en que el personal de atención sanitaria sospeche que están ante un caso de violencia aunque la mujer no lo revele: • No hay que presionarla, sino darle tiempo • Proporcionarle información: • acerca de los servicios disponibles; • sobre los efectos que ejerce la violencia sobre la salud de las mujeres y sus hijas e hijos. Ofrecer una visita posterior de seguimiento
---	--

Fuente: ONUMIJERES et al, 2015

Adicionalmente, se requiere recoger y documentar pruebas forenses, siendo fundamental preservar la cadena de custodia y etiquetar claramente todas las pruebas. Toda esta documentación debe ser escrita y el personal sanitario debe estar a disposición de asistir a visitas judiciales y proporcionar la información requerida.

El personal sanitario debe estar familiarizado con el sistema jurídico; saber redactar correctamente una declaración; como mínimo, documentar las lesiones de forma completa y precisa; realizar observaciones clínicas acertadas; y recoger de forma fiable muestras de las víctimas por si éstas optan por recurrir a la vía judicial.

Ver herramienta 3: preguntas frecuentes sobre el trabajo con mujeres que han sufrido violencia

3.6 Atención legal

En muchos países de la región se han dado avances significativos en los marcos jurídicos y sistemas judiciales para abordar la violencia de género contra las mujeres, sin embargo, siguen encontrándose deficiencias a la hora de proteger y garantizar la protección y seguridad de las víctimas, así como su acceso a la justicia, con lo que se registran altos niveles de impunidad.

3.6.1 Objetivos de la atención legal

ONUMIJERES et al (2015) proponen que la información jurídica y sobre derechos de las mujeres constituya un servicio esencial, lo que implica tanto brindar orientación como acompañar en el proceso de la denuncia e incluso representarlas y defenderlas jurídicamente cuando así se requiera (ver Tabla 37, siguiente página).

3.6.2 Acompañamiento en el proceso de denuncia

El acompañamiento es el proceso de asistencia, guía, asesoría y apoyo integral otorgado a mujeres y niñas en situación de violencia contra las mujeres, con el fin de verificar el estricto cumplimiento de la Ley en los procesos, para que ellas puedan elegir y tomar decisiones con base en sus derechos y la exacta y veraz información que se les proporcione. El acompañamiento va desde el momento de la detección de la violencia y debe continuar hasta la sanción civil, penal o administrativa, según sea el caso, y la reparación del daño. Si, por decisión de la mujer víctima de violencia, no se transita todo el camino, el acompañamiento incluye la salvaguarda de la información que podrá ser utilizada en momentos posteriores (CONACYT, 2012). Este acompañamiento se rige por una serie de principios (ver Tabla 38, siguiente página).

El objetivo del acompañamiento desde los centros de atención a mujeres (bien sea comunitarios, de salud, ONGs, etc) es proporcionar

Tabla 37: Objetivos de la atención legal

Proporcionar información a las mujeres y niñas acerca de sus derechos	Representar y defender jurídicamente a las mujeres y las niñas cuando así lo instruyan
Proporcionar información clara y precisa acerca de: • las medidas de seguridad disponibles que pueden evitar que el presunto agresor les inflija un daño mayor; • los procedimientos y plazos aplicables en los sistemas de justicia nacional o tradicional; • el apoyo disponible en el caso de que se pongan en marcha procedimientos o recursos legales formales.	Documentar cualquier asesoramiento jurídico prestado con el fin de ayudar a las mujeres y niñas en cualquier acción que deseen emprender ulteriormente
Asegurar que la información y el asesoramiento incluyan la remisión a servicios esenciales, si así lo autoriza la mujer o la niña atendida	Proporcionar información, asesoramiento y representación oportunos acerca de las opciones de apoyo disponibles para proteger la seguridad inmediata de las mujeres y niñas, como por ejemplo la imposición de una orden de alejamiento al agresor
Proporcionar información legal y sobre derechos, representación y asesoramiento de forma gratuita	Proporcionar información por escrito (y en un lenguaje comprensible para la mujer o la niña), oralmente y/o en un formato con el que la mujer esté familiarizada
	Proporcionar información y asesoramiento con arreglo a la disponibilidad de la mujer o niña, es decir, en un momento y lugar adecuados para ella

Fuente: ONUMJERES et al, 2015

Tabla 38: Principios del acompañamiento

• Brindar atención, oportuna e inmediata, especializada y confidencial, así como con calidez y empatía, a las demandas, necesidades, denuncias y solicitudes expresadas por las mujeres que solicitan los servicios de atención, para posteriormente permitir que las instancias de justicia penales, civiles o administrativas, una vez interpuesta la denuncia o demanda, investiguen, procuren e impartan justicia en el marco de las disposiciones aplicables y de sus respectivas competencias • Creer en el dicho de las víctimas, de tal suerte que la atención que se les brinde partirá de la confianza que genera confianza y elimina la desconfianza o las sospechas así como los argumentos sexistas que obstaculiza en el acceso a la protección, a los servicios de salud, a la justicia y a la reparación del daño • Valorar el nivel de riesgo que enfrenta la víctima (alto, medio o bajo) • Referir personalmente el caso a la instancia correspondiente (médica, legal, gubernamental, no gubernamental, laboral, de protección, refugios, policial y judicial o ministerial) y no abandonar a la mujer que se acompaña hasta asegurarse que está siendo atendida como corresponde	• Proporcionar información pronta y veraz de tal suerte que se permita a la víctima tomar decisiones basadas en el conocimiento amplio de los factores que están en marcha, acordes al respeto de su tiempo y estado emocional sin generar falsas expectativas, esto es, trazar con la mujer una ruta crítica de acuerdo a las necesidades que manifieste y a los recursos de apoyo con que cuente • Registrar cada uno de los pasos que dé la mujer que se acompaña en su ruta crítica • Respetar las decisiones de las víctimas y validar sus acciones; admitir y aceptar sus determinaciones o resoluciones frente a los diferentes pasos que dé en su proceso tanto de búsqueda de justicia como de rehabilitación • Dar seguimiento a través del sistema único de datos en el cual los datos personales de la víctima deben estar salvaguardados con rigurosa metodología • Entender que las víctimas son mujeres que, al momento de acudir a un centro de atención, iniciaron un proceso de transformación que les permitirá conseguir cambios permanentes y la posibilidad de dar un nuevo significado a su proyecto de vida, fuera de la condición de violencia vivida
---	--

Fuente: CONACYT, 2012

saberes conceptuales necesarios y fundamentales (marcos normativos internacionales e internacionales sobre el tema), heurísticos (metodologías de acompañamiento y pasos a seguir en el proceso) y axiológicos (sensibilización, ética y actitud de servicio) a fin de que las personas responsables del acompañamiento a las mujeres y niñas víctimas de violencia de género ante las instancias del Sistema de Justicia puedan evitar su revictimización, favorecer su empoderamiento, contener y canalizar sus emociones y sufrimiento y hacer valer sus derechos ante las instancias durante el proceso, con respeto a su dignidad. Para esto es importante un óptimo acompañamiento a la denuncia, que debe incluir una serie de aspectos relevantes (ver Tabla 39).

Tabla 39: La denuncia ante el Ministerio Público debe estructurarse señalando los siguientes aspectos

Registro de situaciones de violencia anteriores entre la mujer víctima y su agresor, si hubo o no denuncia, si se archivó y las causas del archivo, inclusive si hubo perdón. Se debe proponer también una valoración del riesgo tomando en consideración la utilización de armas, consumo de alcohol, drogas, etc., si fuere el caso con los siguientes puntos de análisis: • Las modalidades y los tipos de violencia sufrida • Las lesiones y daños ocasionados, inclusive los psicológicos, económicos y patrimoniales, si fuera el caso; • La frecuencia aproximada de las situaciones de violencia;	• El lugar, las fechas y horas, si se recuerdan, por lo menos del último evento • Los nombres de testigos, si los hubiere; • La relación de la mujer víctima con el agresor; • Antecedentes de la mujer víctima y de su entorno; • Antecedentes del agresor y de su entorno; • Las circunstancias tanto de la víctima como del agresor: familiares, sociales, económicas, culturales, laborales, de salud.
---	--

Fuente: CONACYT, 2012

Con el acompañamiento legal se pretende garantizar que las autoridades competentes actúen con la debida diligencia atendiendo a los principios normativos, al tiempo que procura el fortalecimiento de la mujer y se le proporcionan todos los elementos necesarios para que tome sus propias decisiones aún ante las dificultades que va a enfrentar durante el proceso de investigación. Es importante que este acompañamiento incluya la verificación del que se hayan dictado las medidas de protección y se cumplan a cabalidad, ya que esto puedo hacer la diferencia entre la vida y la muerte de una mujer víctima (CONACYT, 2012).

3.7 ¿Cómo adoptar un enfoque diferencial?

Emplear un enfoque diferencial implica reconocer las condiciones y posiciones de distintos actores sociales como sujetos de derecho, reconociendo sus diferencias en cuanto su nivel socioeconómico, género, etnia, discapacidad e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital (infancia, juventud, adultez y vejez). Todo esto partiendo de los principios de igualdad, diversidad, participación, interculturalidad, integralidad, sostenibilidad y adaptabilidad. Adoptar un enfoque diferencial en la atención integral de la violencia basada en género contra las mujeres constituye una guía para:

- Actuar sobre el efecto y despropósito que la violencia y la desigualdad tiene entre algunos grupos, puesto que permite dar una respuesta integral que consulte sus necesidades particulares.
- Reconocer las múltiples vulnerabilidades, discriminaciones

que niños y niñas, mujeres, indígenas, afrodescendientes, personas privadas de libertad, personas en ejercicio de la prostitución, personas LGBTI, habitantes de la calle, enfrentan.

- Facilita el desarrollo de programas que permitan entender las características, problemáticas, necesidades, intereses e interpretaciones particulares que tengan las poblaciones y que redunden en una adecuación de las de las modalidades de atención a los mismos permitiendo la integralidad de la respuesta institucional. (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s/f).

No existe una receta única para la adopción de un enfoque diferencial en planes, proyectos, procedimientos, no obstante, sí es posible avanzar a través de un proceso concertado entre los sujetos de derecho y las instancias que deben garantizarlos, en la definición de elementos y acciones que permitan de manera efectiva y adecuada incorporar el enfoque diferencial en la gestión pública. La Guía para la incorporación de la variable étnica y el enfoque diferencial en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial (Departamento Nacional de Planeación de Colombia, 2012), proporciona una serie de pasos clave que en este manual se extrapolan para ser aplicados a múltiples vulnerabilidades. Los pasos propuestos son:

Paso 1: Definir los resultados y logros esperados

El primer paso consiste en definir con el grupo vulnerable con el que se trabajará cuál es el resultado esperado de la incorporación de la variable que define al grupo en planes y políticas, por ejemplo: variable étnica, variable

habitante de calle, variable mujer con discapacidad, etc. En este paso es preciso identificar la existencia de análisis de impactos de políticas públicas sobre la población objetivo o si las políticas públicas, operaciones y servicios de alguna entidad del sector público podrían afectar los resultados esperados del ejercicio de incorporación de la dimensión o variable abordada.

Paso 2: Diagnosticar la capacidad institucional

Se refiere a la capacidad de las instituciones para incorporar la variable seleccionada. A continuación se sugiere una lista de control para llevar a cabo el proceso de verificación de la capacidad institucional:

En relación con el **compromiso político** desde la alta gerencia de la entidad:

- ¿La entidad tiene una política de derecho a la igualdad?
- ¿Es explícito el compromiso para promover la equidad e igualdad de derechos en la política?
- ¿Se ha verificado si la política está a prueba de equidad e igualdad de derechos?
- ¿Se han considerado políticas tácitas o prácticas comunes?
- ¿La dimensión o variable seleccionada aparece en algún plan estratégico u operativo?

En relación con las **capacidades y concientización** en la variable seleccionada:

- ¿La entidad posee un programa de capacitación para sus funcionarios?
- ¿El programa de capacitación incluye la concientización sobre la variable seleccionada?
- ¿El programa de capacitación contempla los principios de equidad y derecho a la igualdad en programas de entrenamiento general o transversal?
- ¿Todos los funcionarios y contratistas han sido capacitados y sensibilizados en asuntos vinculados a la variable seleccionada?
- ¿Quién imparte la capacitación sobre la variable seleccionada? ¿Es un experto en el tema?
- ¿Existen instrumentos y metodologías para apoyar al personal para lograr el cambio de actitudes y comportamientos frente al otro?

En relación con las **lenguas**:

- ¿La entidad tiene una política de lenguas?

- ¿La entidad tiene un protocolo para comunicarse con comunidades con lengua nativa propia?
- ¿La entidad utiliza traductores e intérpretes cuando se requieren?
- ¿Hay asignación presupuestal para el pago de traductores e intérpretes?
- ¿El personal ha sido entrenado para trabajar con los intérpretes?

En relación con la **visibilización en la información estadística**:

- ¿Quiénes son los beneficiarios de los servicios?
- ¿Quiénes no son beneficiarios de los servicios?
- ¿Cuáles son los impactos para los diferentes grupos poblacionales?

Paso 3: Institucionalizar las competencias sobre el manejo de la variable seleccionada

El tercer paso es la institucionalización de las competencias sobre el manejo de la variable seleccionada, entendidas como un paquete de comportamientos y actitudes congruentes, así como políticas que son propias a la institución, para que los funcionarios públicos puedan trabajar de forma efectiva. Las siguientes actividades son claves para el desarrollo del tercer paso:

- Entrenar a los funcionarios y funcionarias desde la alta dirección hasta el nivel medio y bajo de la institución, para que conozcan a las comunidades a las cuales sirven y para crear conciencia sobre los alcances e implicaciones de las políticas y decisiones que tienen impacto en estas comunidades.
- Diseñar una estrategia de información y comunicación dirigida específicamente a las comunidades de los grupos que serán abordados que tenga en cuenta ubicación geográfica y considere las barreras de acceso a la información oportuna, a la educación formal, a las singularidades lingüísticas, a las limitantes en el acceso a energía eléctrica, internet y equipos de cómputo, etc.
- Propiciar espacios de toma de decisiones, en el cual se involucre a los grupos que serán abordados.
- Conocer a los grupos que deben ser atendidos.

Paso 4. Ajustar sus formatos y procedimientos para registrar datos desagregados según la variable seleccionada

Se propone la incorporación de la dimensión o variable seleccionada en procedimientos, instrumentos y formatos en dos niveles:

- a. Para la captura de datos diferenciados en los instrumentos de registro y recopilación de información existentes.
- b. Para que las poblaciones realicen auto caracterización en su condición de sujetos colectivos.

Paso 5. Concretar los derechos de los grupos seleccionados en objetivos identificables, metas, indicadores y asignaciones presupuestarias

Para ello se recomienda:

- Ajustar la institucionalidad a la diversidad de sus poblaciones objeto para brindar un servicio comprometido y de calidad. Entre las opciones se proponen:
 - crear grupos de trabajo especializados en los asuntos de los grupos seleccionados o,
 - crear espacios institucionales, instancias y procedimientos de coordinación de las políticas y planes específicos.
- Flexibilizar la oferta para que se ajuste a la situación real de estas poblaciones, desde sus visiones del desarrollo.
- Validar la oferta diferenciada mediante la participación de las organizaciones de desarrollo propias, con voz y voto, en la definición de los ejes fundamentales de su desarrollo.
- Fortalecer las plantas de personal de tal forma que todos los grupos, se sientan debidamente representados.

Paso 6 Monitoreo y evaluación

El sexto y último paso es realizar el monitoreo de los resultados y logros esperados con la participación de los grupos seleccionados. Habrá que examinar por una parte, si los compromisos se cumplen, valorar la pertinencia de las políticas y planes, teniendo en cuenta derechos y necesidades diferenciadas de los grupos.

Ver herramienta 4: pautas básicas para la atención personalizada en violencia de género a mujeres con discapacidad

Tabla 40: Componentes comunes de una respuesta coordinada

Componentes comunes de una respuesta coordinada	• Mejorar las relaciones interinstitucionales • Modificar las políticas y prácticas de las instituciones • Incrementar el acceso a los servicios y mejorar su prestación • Concienciar sobre los derechos de las víctimas y los/as sobrevivientes
Las respuestas coordinadas suelen incluir la combinación de los siguientes elementos	• Marco para la colaboración multisectorial entre organismos • Comité y órgano coordinador encargados de supervisar el progreso y elaborar la política • Mecanismos para manejar a los agresores, trabajar con ellos y sancionarlos. • Servicios para las sobrevivientes, como servicios de salud, refugio y promoción, incluida la integración de los recursos de protección civil en el proceso de justicia penal
A menudo las asociaciones entre sectores y organismos mejoran a través de los siguientes medios	• Reuniones presenciales periódicas • Elaboración de políticas y protocolos comunes por parte de los organismos clave • Planificación conjunta de las diferentes actividades e intervenciones • Capacitación conjunta del personal en las organizaciones o sectores asociados • Intercambio de información acerca de las sobrevivientes y los agresores, respetando al mismo tiempo la privacidad y garantizando la seguridad • Recogida permanente de información a fin de llevar a cabo un seguimiento de los avances de cada asunto y de sus resultados, e identificar malas prácticas
Las respuestas multidisciplinarias coordinadas requieren	• Participación activa de las diferentes partes interesadas • Un acuerdo acerca de la forma más eficaz de responder a la violencia contra las mujeres • Colaboración, comunicación e intercambio de información entre los distintos organismos
El órgano responsable de la coordinación puede ser	• Un órgano independiente o un organismo especializado cuya función sea coordinar los sectores clave • Una coalición de organismos que se reúnan periódicamente, también conocido como consejo, comité o grupo de trabajo • Un órgano de alto nivel, integrado, por ejemplo, por ministras(os) y/o ejecutivas(os) de las instituciones clave

Fuente: ONUMUJERES et al, 2015

3.8 Mecanismos de coordinación y derivación

De acuerdo a ONUMUJERES et al (2005), desarrollar adecuados mecanismos de coordinación y derivación mejora la eficacia en la protección a víctimas/sobrevivientes de violencia, y la exigencia de responsabilidades a los agresores. Para las mujeres y niñas, una respuesta coordinada permite mejorar su seguridad al ubicarlas en el centro de cualquier intervención y facilitando que sean atendidas por profesionales debidamente capacitados, quienes al brindar una atención integral identifican y dan respuesta a sus múltiples necesidades. El intercambio de información entre las diversas instituciones disminuye la revictimización, toda vez que reduce el número de veces que las víctimas y sobrevivientes deben exponer sus relatos. De igual manera, la respuesta coordinada beneficia las instituciones en tanto mejora su eficacia, pueden ofrecer respuestas más coherentes.

Para lograr esto, es necesaria una definición clara de las funciones y responsabilidades, entendiendo que el trabajo de cada profesional se complementa con el de otros organismos y profesionales. El

Tabla 41: Normas para el establecimiento de una respuesta coordinada a nivel local

• Acuerdo de las personas que participan sobre una visión común acerca de la violencia contra las mujeres y las niñas • Acuerdo sobre los objetivos primordiales: seguridad de las víctimas, rendición de cuentas de los agresores y rendición de cuentas de los diferentes organismos involucrados • Las víctimas, las sobrevivientes y sus representantes deben ejercer una función de liderazgo en el proceso o ser quienes realicen las principales aportaciones a este, sin que ello conlleve riesgos para su seguridad • Acuerdo en torno al hecho de que la responsabilidad de la lucha contra la violencia debe recaer en las instituciones del Estado, y no en las víctimas/sobrevivientes • Definición de requisitos básicos para los protocolos o memorandos de entendimiento que se establezcan formalmente para la coordinación local, lo que incluye unas relaciones de colaboración y la coordinación de los servicios • Funciones y responsabilidades de los organismos y las personas participantes en la respuesta coordinada • Las normas deben tener en cuenta las necesidades específicas de las niñas	• Asignación de recursos a las labores de coordinación por parte de los organismos participantes • Uso eficiente de los recursos, evitando la duplicación innecesaria de servicios • Participación de todas las partes clave • Las víctimas/sobrevivientes y sus representantes deben ejercer una función de liderazgo en el proceso o ser quienes realicen las principales aportaciones a este, sin que ello conlleve riesgos para su seguridad • Participación de los grupos marginados o insuficientemente representados • Identificación de las y los líderes comunitarias(os), respaldando y potenciando sus esfuerzos • Promoción de la conciencia comunitaria sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y disponibilidad de Servicios Esenciales
---	---

Fuente: ONUMUJERES et al, 2015

establecimiento de protocolos garantiza la claridad y transparencia de la comunicación entre los diferentes organismos. La coordinación ofrece oportunidades para compartir recursos, conocimientos prácticos, innovación e investigación. Los componentes comunes de una respuesta coordinada se muestran a continuación (ver Tabla 40)

De manera específica, se recomienda aclarar lo que se espera de los sistemas coordinados, lo que implica desarrollar acuerdos locales (ver Tabla 41).

Finalmente, es preciso destacar que las respuestas coordinadas deben garantizar que se tenga en cuenta la diversidad de experiencias y necesidades de las mujeres y niñas que sufren violencia a la hora de diseñar y supervisar dichas respuestas, y que se aliente a las mujeres y niñas a participar en las citadas actividades.

MÓDULO 4. CAJA DE HERRAMIENTAS

Herramienta 1: sugerencias de preguntas basadas en la resiliencia para la entrevista clínica de la mujer que sufre malos tratos

- ¿Cuáles crees que son tus mejores cualidades?
- ¿Cuáles son las principales cualidades que los demás ven en ti?
- ¿Hay alguien a quien admires mucho? ¿Por qué?
- ¿Qué va bien en tu vida ahora?
- ¿Crees que podrías mejorar algo de tu vida, de tu forma de vivir?
- ¿Cuáles son tus actividades favoritas, tus distracciones preferidas?
- ¿Cómo haces amigos?
- ¿A quién sueles acudir cuando quieres resolver un problema?
- ¿Puedes poner un ejemplo de una situación difícil que hayas conseguido dominar?
- ¿Qué haces para conservar la salud? Reflexiona sobre los cuidados a ti misma, la salud, hacer cosas que te gustan, saber decir que no ante algo que no quieres, etc. Proponte comenzar a hacer alguna cosa que te guste a menudo.
- ¿Qué responsabilidades asumes en la vida, en casa, en el trabajo, en otras partes?
- Reflexiona sobre los pensamientos que tienes en la cabeza y cómo te hablas a ti misma

- Presta atención a tus emociones, sobre todo a las que sientes hacia ti misma: qué te hace enfadar o poner triste de ti misma y cómo lo sientes físicamente en tu cuerpo; qué te hace feliz y te enternece de ti misma, cómo lo expresas y sientes físicamente. Valorar qué emociones no se sienten porque están bloqueadas
- Trabaja los sentimientos de culpa y de miedo: ¿qué te hace sentir culpable/ sentir miedo? ¿Te impiden hacer cosas que te gustaría o cumplir tus deseos? ¿Distingues entre sentirte responsable o sentirte culpable (en la primera opción se toma la decisión de manera libre asumiendo las consecuencias, pero sin querer hacer ningún mal, mientras que en la segunda se hacen las cosas mal de forma deliberada o con negligencia)?

Cuando ya han podido dejar atrás la violencia, se puede explorar el significado que le dan a lo que les ha pasado:

- ¿Qué has aprendido, si hay algo, de todo lo que ha pasado: cambios en

- ti misma, relación con los otros, sentido de la vida?
- ¿Cómo, si se puede, encuentras sentido a lo que te ha pasado?
- ¿Cómo, si es así, el sufrimiento te ha ayudado a alcanzar un propósito mayor en la vida: romper el ciclo de la violencia, querer ser diferente a otras...?

Fuente: Salvador. L, 2015

Herramienta 2: recomendaciones para la creación de espacios amigables en situaciones de emergencia y desastres

Los “espacios amigables para la niñez” son ambientes físicos especialmente habilitados para niños y niñas de 0 a 18 años, ubicados en lugares seguros, cuya finalidad es garantizar un entorno de protección física y bienestar emocional donde puedan jugar, desarrollarse y tener acceso equitativo a servicios esenciales necesarios tras un desastre. Estos espacios

Recomendaciones para espacios amigables

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER/EVITAR
Adoptar un enfoque integrado que incluya la educación no formal, la protección y el apoyo psicosocial.	Establecer un espacio amigable como un solo organismo sin la coordinación con otros organismos y el gobierno
Proporcionar formación continua (no solo inicial), así como el seguimiento del personal que atenderá a niños/as, que deben cumplir unas determinadas características	Hacer que trabajadores o voluntarios firmen un código de conducta que no entienden o que no les importa
Involucrar a las comunidades, los padres y los niños y niñas en todas las decisiones clave relacionadas con el espacio, fomento de su Protagonismo en todas las fases del trabajo	Continuar con el espacio de manera indefinida y permitir que compita con las escuelas (el espacio puede convertirse en algún programa de apoyo al desarrollo de la niñez, desde iniciativas de la comunidad o de las escuelas)
El espacio es accesible e inclusivo para las niñas y los niños excluidos (con discapacidad, etc.) y se adaptan sus actividades según necesidades y capacidades de niños/as	Forzar a niños/as a dibujar o hablar de sus experiencias difíciles.
Construir sobre los recursos existentes (grupos, padres, líderes juveniles, canciones apropiadas a la cultura, uso de materiales del medio para actividades, etc.), y ayudar a fortalecer la identidad cultural y cosmovisión propia.	Centrarse excesivamente en materiales educativos y juguetes fabricados, olvidar su mantenimiento o sus peligros o no contar con materiales para el juego sencillos y localmente disponibles
El espacio debe ser adecuado para pequeños grupos y para realizar diferentes actividades simultáneamente. Se deben organizar sesiones o actividades separadas para niñas y niños de diferentes grupos de edad (por ej.: 0-3, 4-7, 8-12 y 13-18).	Definir los tipos de actividades y el horario sin consultar a niños/as y miembros de la comunidad y sin comprobar la compatibilidad con sus rutinas diarias.
Ofrecer y organizar apoyo psicosocial a personal local de los espacios que ha sido afectado por la emergencia.	Olvidar que el monitoreo y la evaluación del espacio amigable da información para aprender de la experiencia y mejorar la calidad del programa.

Fuente: IASC et al, 2011 citado en Gómez et al, 2015

de aprendizaje y socialización están pensados para ser habilitados con rapidez después del desastre y pueden ofrecer servicios amplia- dos de asesoría y apoyo psicosocial a niños/as y a cuidadores junto a otros servicios sectoriales como salud, nutrición, ayuda alimenta- ria y promoción de la higiene. Los espacios amigables pueden ayudar a proteger y a disminuir los efectos dolorosos que una crisis puede tener en los niños, pero también a fomentar el necesario desarrollo infantil a través del juego y de la adquisición de habilidades relevantes para su edad. Por otro lado, estos espacios también sirven para mejo- rar la capacidad de las familias para cuidar de sus niños, ayudando a los progenitores u otras personas que cuidan de ellos a comprender la forma en que deben hablarle a los niños sobre sus experiencias recien- tes, el miedo que tienen en la actualidad y sus esperanzas para el futuro.

Herramienta 3: preguntas frecuentes de integrantes de equipos de salud sobre el trabajo con mujeres que han sufrido violencia

PREGUNTAS	OBSERVACIONES
¿Por qué no sugerirle qué hacer?	Lo importante para las mujeres es que las escuchen y que tengan la oportunidad de contarle su historia a una persona empática. La mayoría de las mujeres no quieren que les digan lo que tienen que hacer. De hecho, escucharlas atentamente y responderles con empatía sirve mucho más de lo que parece, y quizá sea lo más importante que usted pueda hacer. Las mujeres tienen que encontrar su propio camino y llegar a sus propias decisiones, y hablar de ello puede ayudarlas a hacerlo. Si se le dice qué hacer se está enviando un mensaje que refuerza la idea de que ella no es capaz de tomar sus propias decisiones.
¿Por qué ella no deja a su pareja?	Hay muchas razones por las que las mujeres permanecen en una relación violenta. Lo importante es no juzgarlas y no insistirles para que dejen a su pareja. Las mujeres deben tomar esa decisión por su propia cuenta y a su tiempo. Algunos de los motivos para no dejar a la pareja pueden ser que: • depende económicamente de su pareja: en algunas sociedades es difícil que la mujer tenga autonomía económica; tiene la convicción de que los hijos/as deben criarse junto a un padre y de que el bienestar propio tiene menos importancia que ese ideal; • piensa que la violencia es inherente a todas las relaciones de pareja y que todos los hombres son violentos y controladores; • teme que su pareja reaccione de manera extrema y violenta si ella decide irse; • tiene baja autoestima y cree que no puede salir adelante por su propia cuenta; • siente que no tiene ningún lugar adonde ir ni nadie a quien acudir en busca de ayuda; • todavía ama a su pareja y cree que él cambiará; • piensa que su pareja la necesita; • no quiere quedarse sola; • teme al rechazo de la comunidad por haber abandonado a su pareja; • cree que puede controlar la situación y que su pareja no le causará daño grave.

PREGUNTAS	OBSERVACIONES
¿Cómo terminó en esta situación?	Es importante no culpar a la mujer de lo que ha sucedido. Culparla no hará otra cosa más que obstaculizar la prestación de una atención de buena calidad. La violencia nunca es adecuada, en ninguna situación. No hay excusa ni justificación de la violencia o del maltrato. El hecho de que la pareja de una mujer se haya enojado por algo que ella hizo no significa que tenga derecho a maltratarla, ni que ella “merezca” que la maltraten.
¿Qué puedo hacer con tan pocos recursos y tan poco tiempo?	El apoyo de primera línea (“ANIMA” presentado en la tabla 16) es el servicio más útil que usted puede proveer. No lleva necesariamente mucho tiempo y no requiere recursos adicionales. Además, usted puede informarse sobre los recursos que ofrecen la red del sistema de salud y la comunidad, y que pueden ser de ayuda para la mujer. Usted podría considerar incluso poner en marcha un grupo comunitario para proveer apoyo confidencial a estas mujeres, en coordinación con los Equipos de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones (ERVBGG).
A nosotros nos enseñaron otra cosa.	En general se enseña a los equipos de salud que su función principal es la de diagnosticar un problema de salud y tratarlo. Sin embargo, en esta situación no sirve limitarse a las preocupaciones médicas, sino que es preciso añadir un enfoque humanizado, escuchando a la mujer, identificando sus necesidades y preocupaciones, reforzando sus redes de apoyo social y ayudándola a mejorar su seguridad. Además, se puede ayudar a la mujer a que analice y considere las opciones a su alcance, y que se sienta con la fortaleza necesaria para tomar decisiones importantes y llevarlas a la práctica.
¿Y si ella decide no denunciar ante las autoridades?	Respete la decisión de la mujer y déjele saber que puede cambiar de opinión. Hay que tener en cuenta, no obstante, que en una agresión sexual las pruebas deben obtenerse dentro de los primeros cinco días después de la agresión. Informe a la mujer si hay otra persona con quien ella pueda hablar más a fondo sobre esto y que pueda ayudarla a tramitar la denuncia si decide hacerla.
¿Cómo puedo prometer confiden- cialidad si la ley me obliga a notificar a las autoridades?	Si la ley obliga a informar a la policía de los casos de violencia, hay que decírselo a la mujer. Puede decirle, por ejemplo: “Lo que usted me cuente es confidencial, es decir que yo no se lo diré a nadie. La única excepción es...”. Como integrante del equipo de salud, usted debe conocer lo que dispone la legislación y las condiciones en las cuales existe la obligación de notificar. De acuerdo a la legislación nacional, se recomienda evaluar junto con la mujer, la posibilidad de realizar denuncia en los casos de riesgo alto y cuando hay riesgo para terceros (niños, niñas, adolescentes y/o personas adultas mayores y/o personas con discapacidad). Si las condiciones de salud de la mujer le impiden denunciar por sí misma, la denuncia la debe realizar la Dirección Técnica de la Institución de salud. Asegure a la mujer que, a excepción de dicha notificación obligatoria, usted no le dirá nada a nadie sin su permiso. ¿Y si ella se pone a llorar? Dele tiempo para que llore. Puede decirle: “Sé que es muy difícil hablar de esto. Tómese su tiempo”.
¿Y si sospecho que hay violencia, pero ella no lo reconoce?	No la obligue a hablar (sus sospechas podrían resultar ser falsas). En todo caso, usted puede atenderla y ofrecerle ayuda adicional.
¿Y si me pide que yo hable con su pareja?	No es aconsejable que usted asuma esta responsabilidad. Ahora bien, si la mujer cree que no entraña peligro y que ello no empeorará la situación de violencia, puede resultar útil que la pareja de la mujer hable con otro integrante del equipo de salud, alguien a quien respete: puede ser un miembro de la familia, un amigo. Explique a la mujer que esto debe hacerse con cuidado para no agravar la situación.
¿Y si la pareja de la mujer es también un paciente mío?	Es muy difícil atender a ambos miembros de una pareja que están viviendo una situación de maltrato y violencia. Lo mejor que puede hacerse es procurar que otro integrante del equipo de salud asuma la atención de uno de los dos integrantes de la pareja, garantizando siempre la confidencialidad de la mujer. No debe ofrecerles terapia de pareja.
¿Y si creo que es posible que la pareja la mate?	• Comparta sinceramente sus preocupaciones con la mujer, explicándole por qué considera que ella puede correr un riesgo grave y aclarándole que desea hablar con ella de las posibles opciones para mejorar su seguridad. En esta situación, es especialmente importante identificar y ofrecer alternativas seguras adonde ella pueda ir. • No es obligatorio realizar la denuncia si la mujer no quiere. • Pregunte a la mujer si cuenta con una persona de confianza que pueda ser incluida en la conversación y a quien usted pueda alertar del riesgo que ella corre.
¿Y si creo que ella no está en condiciones de tomar decisiones?	Si duda de la capacidad de consentir, sea consecuencia o no del daño que la situación ha generado, busque un referente protector y considere contactar al ERVBGG de su institución. Si es pertinente realizar la denuncia, la misma se debe realizar desde la Dirección Técnica de la Institución.

Fuente: Ministerio de Salud de Uruguay e Iniciativas Sanitarias, 2018.

Herramienta 4: atención personalizada en violencia de género a mujeres con discapacidad

ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	
Llama su atención	• Antes de empezar a hablar, llama su atención con un ligero toque (p.e. sobre su hombro) o hazle una discreta seña • Espera a que te esté mirando para empezar a hablarle • Si se trata de una conversación en grupo es necesario respetar los turnos entre las y los interlocutores e indicarle quién va a intervenir
Háblale de frente	• Sitúate siempre a su altura para que pueda ver bien tu boca. Hay que tener especial cuidado cuando se habla con una persona que no puede mantenerse de pie o cuando se habla con niños. • Háblale de frente, con la cara bien iluminada. • Habla con naturalidad. No le hables deprisa, ni demasiado despacio. • Permítele ver bien tu boca mientras le estés hablando. Evita tener algo en la boca o ponerte cosas en los labios, ni te tapes la boca con las manos mientras hablas.
Háblale con naturalidad	• Háblale con naturalidad, vocalizando bien pero sin exagerar, con un ritmo tranquilo – ni deprisa ni demasiado despacio • Háblale con voz pero sin gritar, con frases completas y palabras conocidas – evita utilizar argot y tecnicismos
Háblale con tranquilidad	• Repítele el mensaje si no lo ha entendido. Puedes decirle lo mismo con frases más sencillas, pero correctas, y con palabras que tengan el mismo significado • Utiliza gestos naturales, palabras escritas o dibujos para facilitarle la comprensión del mensaje
Cuando no entiendo a la persona sorda	• Digo algo del estilo de: • Creo que hablas de... ¿es así? • No sé si te he entendido, ¿decías...? • No estoy seguro de haberte entendido, ¿podrías repetir? • Pido: • Repite, por favor • Repítemelo con otras palabras • Dímelo de otra forma • Sigo sin entender, escríbemelo • Sigo sin entender, hazme un dibujo • Si cambias de tema, avísame • Por favor, habla despacio y claro

ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	
Cómo mejorar la percepción auditiva y visual	• Aislamiento acústico del espacio (paneles de corcho en las paredes). • Puertas y ventanas cerradas siempre que sea posible. • Amortiguación del ruido-ambiente (fieltro en las patas de las sillas, mesas,...). • Equipos audiovisuales (sistemas informáticos, retroproyector,...), aire acondicionado,... deben ser lo más silenciosos posible. • Siempre que sea posible, cuando hay un grupo de personas, es mejor organizar la sala en forma de “U”, para que pueda acceder visualmente a las intervenciones del resto de personas. • La ubicación en la sala de la persona con pérdida auditiva debe estar lo más próxima a la persona que habla y de frente para el apoyo de la lectura labial. • La persona que habla no debe situarse nunca de espaldas a la fuente de luz o ventanas • Iluminación adecuada de la sala.
Ayudas técnicas y visuales	• Equipo de Frecuencia Modulada: escuchar sólo la voz de la persona que habla, eliminando el eco, ruidos,... • Bucle magnético (uso colectivo o individual): cable conectado a un amplificador (para salas, salones de actos,...) para solucionar problemas que produce el ruido, el eco, la distancia de quién habla,... • Subtitulado: transcribe a texto el mensaje hablado (charlas, conferencias, material audiovisual,...). • Avisos luminosos: para informar de alguna incidencia que se alerta de manera sonora. • Intérprete de lengua de signos: para acceder a la información y comunicación las personas usuarias de la lengua de signos.

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Región de Murcia, España 2017

ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL	
Interrelación con una persona invidente o deficiente visual	• Observar el comportamiento y adaptar la ayuda al nivel de autonomía • Nunca predisponer que la persona va a necesitar uno u otro tipo de ayuda
Orden	• Cada cosa tiene su sitio. • No dejar cosas en medio. • Puertas y ventanas siempre abiertas o cerradas. • Avisar cuando se cambie algo de sitio.
Respeto	• Preguntar antes de ofrecer ayuda. • No forzar a recibir una ayuda no necesaria • Evitar la sobreprotección. • Permitir a la mujer con deficiencia visual realizar las cosas por sí misma. • No generalizar.
Reglas básicas de comunicación	• Identificarse • Comunicar, si es necesario, que se está haciendo o se va a hacer • Hablar directamente con la persona con deficiencia visual • Utilizar el nombre de la persona, si se conoce • No elevar la voz. • En caso de tener resto visual, colocarse donde ella pueda verle. • Contestar a sus preguntas. • Tocarle (la mano, hombro) para llamar su atención. • Decirle cuando nos vamos. • La puntualidad es muy importante. • El tiempo de espera para la persona invidente o deficiente visual se hace mucho más largo. • Situar en un punto concreto. • Si se leen documentos o cartas hacerlo textualmente, sin interpretaciones. • Si se les va a entregar documentación solicitar su código de lectoescritura para saber si el soporte es informático, tinta, tinta ampliada, braille, audio.

ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL	
Lenguaje	• No debe existir lenguaje tabú • Utilizar normalmente las palabras VER, MIRAR.... • Ser precisos al dar información • Dar explicaciones globales y no saturar con excesiva información sobre el ambiente, que puede confundir en lugar de aclarar la información. • Adecuar el lenguaje a la persona. • Evitar los términos CUIDADO, ¡AY! ¡AY! cuando vemos un peligro para la persona • Utilizar ALTO para evitar que siga avanzando y explicar verbalmente el peligro o ayudarle.
Indicaciones	• Evitar palabras como AQUÍ, ALLÍ, ESTO, AQUELLO..., son palabras que se acompañan con un gesto, que en muchos casos no pueden ver. • Utilizar términos como DERECHA, IZQUIERDA, DELANTE, DETRÁS... y siempre en relación a la persona con deficiencia visual
Comunicación	• Darle a conocer nuestra presencia, tocándole suavemente en el hombro o brazo. • Identificarnos. • Adecuar el código de comunicación al sistema sensorial funcional o de preferencia por la persona.
Aspectos específicos	Acceso • Si la persona invidente o deficiente visual entra sólo, preguntar si desea que se le acompañe. • Si desea ser acompañado, utilizar la técnica guía. • Si va acompañado de vidente será como un acompañamiento habitual Ubicación • Si la persona invidente o deficiente visual toma la iniciativa por sí mismo no se intervendrá. Procuraremos dar la información justa, sin excederse en detalles. • Si cualquier elemento está lejos, o se prevé dificultad convendrá acercárselo. • Se puede utilizar para la ubicación de los elementos el sistema del reloj.

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Región de Murcia, España ,2017

Las mujeres con enfermedad mental grave (EMG) son un colectivo especialmente vulnerable para sufrir este tipo de violencia. Es un hecho reconocido que la violencia ejercida contra ellas por parte de sus parejas y ex parejas es más frecuente que la que se ejerce sobre mujeres que no presentan EMG, además existe mayor probabilidad de que se den varios tipos de violencia (física, sexual y/o psicológica) simultáneamente. Entre los factores de riesgo que aumentan esta situación se encuentran:

- La mayor dependencia de la asistencia a otras personas (frecuentemente de sus parejas).
- La menor credibilidad que se da a su relato cuando acuden a algún profesional.
- Las mayores dificultades de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y al estigma asociado a ella.
- Ruptura en la formación académica y laboral que les lleva en muchos casos a la exclusión del mercado laboral y que tiene como consecuencia una menor independencia económica.
- El menor grado de autoestima y reconocimiento personal, en ocasiones sufren discriminación social.

Por parte de los profesionales existen además marcadas dificultades al intervenir en este campo cuando la mujer presenta EMG, tales como:

- Sensación de incapacidad y falta de formación para poder orientar y tratar estas situaciones.

ATENCIÓN A MUJERES CON UNA DISCAPACIDAD PSÍQUICA	
• Hay que considerar sus comentarios y propuestas, sin devaluarlas • Utilizar frases cortas, claras y sencillas para su comprensión, comunicando el mensaje de la forma más simple y clara posible. • No utilizar lenguaje abstracto ni tecnicismos y asegúrese de su comprensión empleando un lenguaje sencillo, accesible y cotidiano. • Es aconsejable que se coloque cerca de nosotros para que su concentración sea más consistente. • No se adelante a las emisiones de la persona, acomódese a su ritmo, dándole opciones de intervenir y respetando sus silencios. • Son de gran ayuda comunicativa las comparaciones, ejemplos o referencias vivenciales significativas para ella.	• Adaptar el lenguaje al nivel de la persona: si éste no tiene lenguaje oral, puede acompañar sus explicaciones con material gráfico, signos y señas para facilitar la comprensión. • Reducir, a ser posible, la estimulación sensorial y las interrupciones. • Dar una mayor importancia a la interacción social, utilizando aspectos que acompañan al lenguaje oral, como gestos, sonrisas, proximidad, mirada o tono, para crear un marco de seguridad y tranquilidad. • Les trataremos de acuerdo a su edad cronológica, evitando infantilizar nuestro lenguaje y contemplando con respeto sus opiniones o puntos de vista.

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Región de Murcia, España 2017

- Actitudes defensivas ante el temor de que las víctimas realicen “acusaciones falsas”.
- Miedo de que no haya suficiente tiempo para abordar estas cuestiones.
- Preocupaciones sobre poder “ofender” a la mujer con EMG al preguntarle sobre esta cuestión.
- Falta de información sobre los recursos comunitarios.

Es una recomendación esencial no hacer un abordaje crítico de la violencia de género y tener una actitud de apoyo a las diferentes fases que la mujer va a ir transitando en su relación con el maltrato. Aunque algunos de los signos y comportamientos que nos pueden alertar sobre una posible situación de maltrato son comunes también a mujeres que no sufren EMG debemos estar especialmente atentos a los siguientes en el caso de este colectivo:

- Falta e incumplimientos de citas.
- Negativa a comentar acerca de sus relaciones familiares o respuestas escuetas o generales.
- Información poco veraz, incoherencia.
- Acentuación de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastorno del sueño y de la alimentación, etc.
- Aislamiento social exagerado, pérdida progresiva de contactos sociales y negativa a entablar nuevas relaciones.
- Contactos inusualmente escasos o nulos con su familia extensa.
- Autoestima baja.

Comentarios de la mujer sobre su deseo de abandonar el hogar, ingresar en una unidad de hospitalización, etc.

- Propensión a los “accidentes”.
- Control excesivo del dinero por parte de sus familiares sin indicios de que la mujer no tenga capacidades para su manejo autónomo.
- Vestir ropa inadecuada para la época del año con el objeto de ocultar lesiones.
- Actitud evasiva, de temor, agresividad, culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas, etc.
- Define a su pareja o familiar como colérico, celoso o agresivo.
- Actitud sospechosa de la pareja de la mujer (controlador).
- La mujer no participa en la vida familiar, en la toma de decisiones, en las actividades de ocio, etc.

A la hora de realizar la entrevista a la mujer con EMG es importante que la valoración de un posible maltrato sea realizada por el profesional con el que exista una mayor relación de confianza y cercanía (no necesariamente su psiquiatra o psicólogo de referencia).

Es fundamental partir del principio de no desconfiar del relato de la mujer con EMG. Es importante no desvalorizar las opiniones, sentimientos o hechos que nos puedan relatar en relación al maltrato.

Otras consideraciones a tener en cuenta: Su enfermedad les produce, en muchas ocasiones, ser altamente vulnerables y dependientes de su red de apoyo. Su familia suele tener en la práctica un papel muy importante

y exigente, por la que debe ser muy especialmente tomada en consideración a la hora de planear las ayudas y las intervenciones.

Los factores que disminuyen el riesgo de violencia por parte de las mujeres EMG son disponer de una red social de apoyo, tener un empleo y no encontrarse en situación de pobreza.

- Es muy importante tener la información de la historia clínica actualizada.
- Se debe tener acceso, en caso de que existiera, a la historia de violencia de la mujer: años, progresión del maltrato, tipo de violencia.
- Debemos conocer el grado de aislamiento social y de autonomía de la mujer, sobre todo la red de apoyo, recursos económicos y red de apoyos formales.
- Es relevante conocer en qué momento/fase de la enfermedad se encuentra. Estabilidad del trastorno.
- Se debe tener información actualizada sobre su tratamiento y cerciorarse de que toma la medicación de forma adecuada.
- Debemos averiguar si existe patología dual (adicciones en el caso de la mujer con EMG), ya que esto puede condicionar todo el proceso.
- Tener en cuenta la etapa vital de la mujer con EMG, la menopausia y cambio hormonal incide negativamente en la evolución de la enfermedad. El cambio hormonal consecutivo a la menopausia puede influir de forma negativa en la evolución del trastorno psicótico, incrementándose las alteraciones de conducta.
- En el caso de las adolescentes debemos tener en cuenta de que en esta etapa es cuando se suelen manifestar los primeros síntomas de la enfermedad (aunque pueden ser más tardíos) y la violencia de género sufrida a esta edad podría ser un factor desencadenante y/o agravar la enfermedad.

Es de vital importancia que la mujer con EMG continúe con su tratamiento e incluso se le reajuste si es necesario, este tipo de situaciones provocan un malestar y estrés elevado que pueden desencadenar en una crisis en la enfermedad y en posibles brotes psicóticos.

Se recomienda una actuación multidisciplinar donde la mujer con EMG pueda recibir un tratamiento farmacológico adecuado y controlado, una atención psicológica frecuente y especializada, y donde obtenga ayuda para acceder a los recursos que estén a su disposición a través de los profesionales de los diferentes servicios.

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Región de Murcia, España, 2017

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahualli, M et al (2015) Espacios amigables para los niños. Publicación auspiciada por UNICEF. Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/RSE_Espacios_web_0.pdf
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2015). Ley N° 896 contra la Trata de Personas. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2015_nic_ley896.pdf
- -(2013) Ley N° 846 que modifica la Ley N° 779 o Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_nic_ley846.pdf
- -(2007) Código Penal. Ley N° 641. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_nic_codpenal.pdf
- -(1996) Ley 230. Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal. Obtenido de <http://cenida.una.edu.ni/leyes/reformas.htm>
- Asociación psicosocial para la Igualdad AIZAN et al (2013) Guía didáctica: orientaciones para grupos de autoayuda dirigidos a mujeres que enfrentan la violencia. Obtenido de <https://foroderechoshumanos.org/wp-content/uploads/2013/10/guia-didactica-AIZAN-WEB.pdf>
- Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo AIDOS et al (2010) Violencia contra las mujeres. Modelo de Atención Integral. Obtenido de <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2015/11/violencia-contra-las-mujeres-modelo-de-atencic3b3n-integral-versic3b3n-final.pdf>
- Bogantes Rojas, J. (2008). VIOLENCIA DOMÉSTICA. Medicina Legal de Costa Rica, 25(2).
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2004). Symbolic Violence. En N. Scheper-Hughes, & P. Bourgois, Violence in War and Peace. An Anthology (págs. 272-274). Malden: Blackwell Publishing.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2018). Recomendación general N°35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N°19. Nueva York: ONU.
- Comité para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (2017) Noveno informe periódico que Colombia debía presentar en 2017 en virtud del artículo 18 de la Convención. Nueva York: Naciones Unidas.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1992). Recomendación General N°19. 11° Período de Sesiones. Nueva York: ONU.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer. (1989). Recomendación General N° 12. Octavo Período de Sesiones. Nueva York: ONU.
- Congreso de Colombia (2016) Ley 1773. Obtenido de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201773%20DEL%206%20DE%20ENERO%20DE%202016.pdf>
- -(2015) Ley 1761. Obtenido de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201761%20DEL%206%20DE%20JULIO%20DE%202015.pdf>
- -(2014) Ley 1719. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201719%20DEL%2018%20DE%20JUNIO%20DE%202014.pdf>
- -(2013) Ley 1639. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_col_ley1639.pdf
- -(2012) Ley 1542. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley154205072012.pdf>
- -(2008) Ley 1257. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf

- –(2002) Ley 747. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002_col_ley747.pdf
- –(2001) Ley 679 por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución. Obtenido de http://www.oas.org/juridico/spanish/cyb_col_ley_679_2001.pdf
- –(1997). Ley 360 por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto-ley 100 de 1980 (Código Penal), relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/1997_col_ley360.pdf
- Congreso de la República de Guatemala. (1996). Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto numero 97-1996. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0145.pdf>
- –(2016). Ley de Búsqueda Inmediata de Mujeres Desaparecidas. Decreto 9-2016. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/pdfid/58e2976c4.pdf>
- –(2008). Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_el_Femicidio_y_otras_Formas_de_Violencia_Contra_la_Mujer_Guatemala.pdf
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2017) Plan de Atención Personalizada para víctimas de violencia de género. Edición con pautas de atención a mujeres con discapacidad. Dirección General de Mujer. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Obtenido de <https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/7023892/Plan+de+atención+personalizada+para+víctimas+de+Violencia+de+Género+Edición+con+pautas+de+atención+a+mujeres+con+discapacidad>
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Región de Murcia, España (2017) “Plan de Atención Personalizada para víctimas de Violencia De Género. Obtenido de <https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/7023892/Plan+de+atenci%C3%B3n+per>

sonalizada+para+v%C3%ADctimas+de+Violencia+de+G%C3%A9nero+Edición+con+pautas+de+atención+con+mujeres+con+discapacidad/25abbeed-2078-4166-bc99-8068fcabd150

- Corte Constitucional de Colombia. (2006). Sentencia C-355. Obtenido de <http://www.cienciaspenales.net/files/2016/07/5sentencia-c-355-06-aborto-colombia.pdf>
- CONACYT. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2012) Aplicación práctica de los Modelos de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia de Género contra las Mujeres. Protocolos de actuación. Obtenido de http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/Protocolo%20para%20el%20acompa%C3%B1amiento%20de%20las%20mujeres%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20ante%20las%20instancias%20de%20justicia.pdf
- Deere, C. D., & León, M. (2005). El liberalismo y los derechos de propiedad de las mujeres casadas en el Siglo XIX en América Latina. En M. León, & E. Rodríguez Sáenz, ¿Ruptura de la inequidad?: propiedad y género en la América Latina del siglo XIX. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- DEMUS (2015) Un modelo de Atención Integral en casos de violencia contra las mujeres. Obtenido de https://www.demus.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/446_doc_modelo_aten_integral.pdf
- Gómez, A et al (2015) Protección de niñez y adolescencia en emergencias o desastres. Colección de herramientas para la incorporación de los principios de protección en los procesos de gestión integral de riesgos. Herramienta 7. Publicación realizada dentro del marco del proyecto “Protegiendo grupos vulnerables en Centroamérica a través de la incorporación de principios de protección en preparativos y respuesta”. Obtenido de <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc2591/doc2591-contenido.pdf>
- Facio, A., & Fries, L. (2005). Feminismo, Género y Patriarcado. Academia. Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires(6), 259-294.
- Huggins, M. (2005). Género, Políticas Públicas y Promoción de Calidad de Vida. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS.
- Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence against Women, 4, 262-290.
- Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala. (2015). Compendio de leyes para la protección de mujeres y de la niñez. Obtenido de [http://www.justiciajuvenilca.org/~media/Microsites/Files/Intl%20Juvenile%20Justice/Observatory/IECCPG/Compendio%20de%20leyes%20sobre%20mujeres%20y%20ni%C3%B1ez%20\(2015\).ashx](http://www.justiciajuvenilca.org/~media/Microsites/Files/Intl%20Juvenile%20Justice/Observatory/IECCPG/Compendio%20de%20leyes%20sobre%20mujeres%20y%20ni%C3%B1ez%20(2015).ashx)
- Instituto de la Mujer Oaxaqueña (2009) Protocolo para la atención del trabajo social de los casos de violencia de género contra las mujeres. Obtenido de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Oaxaca/oax08.pdf>
- Kislinger, L. (2015). Violencia Mediática y Violencia Simbólica en el contexto de la Violencia contra la Mujer: análisis de la legislación venezolana. Tesis de Investigación. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Kislinger, L. (2015a). Viejas realidades nuevos conceptos: violencia mediática y violencia simbólica contra la mujer. Temas de Comunicación.(31), 9-37.
- La Gaceta Diario Oficial. (2017). Ley N° 952. Obtenido de <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/107421/132233/F190381158/LEY%20952%20NICARAGUA.pdf>
- – (2012). Ley N° 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las mujeres y de reformas a la Ley N° 641 “Código

Penal”. Obtenido de https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/leyes/Ley_No_779_Ley_Integral_Contra_la_Violencia_hacia_la_Mujer.pdf

- López Cordón, M., & Carbonell Esteller, M. (1997). Historia de la mujer e historia del matrimonio. Murcia: Universidad de Murcia.
- Machicao, A y Aillón, S (2009) “Fortalecimiento de factores protectores de la resiliencia en el ámbito comunitario en mujeres en situación de violencia doméstica”. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 7(1), 1-27. Obtenido en 20 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612009000100001&lng=es&tlng=es
- Merry, S (2009) Gender Violence: A Cultural Perspective. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Merz, G (2010) “Las comunidades frente a las violencias contra las mujeres. Propuestas para la organización de la ciudadanía en la promoción y la exigibilidad del derecho de la mujer a una vida libre de violencia”. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Obtenido de <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/08805.pdf>
- Ministerio de Salud de Uruguay e Iniciativas Sanitarias (2018) Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (2010) Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia intrafamiliar y Contra la Mujer. Ministerio de Salud Pública: Santo Domingo
- Nogueiras, B (2004) “La violencia en la pareja” en La Violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Obtenido de <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479786281.pdf>

- Observatorio Local Violencia de Género. (s.f.). Ayuntamiento de Jerez, España. Obtenido de http://www.jerez.es/webs_municipales/observatorioviolencia/ambitos_de_actuacion/ambito_de_la_violencia/zona_tematica/saber_sobre_la_violencia_de_genero/mitos_y_realidades/
- OEA-CIM. (2018). 90 de la Comisión Interamericana de Mujeres. Un camino de luchas, logros y desafíos. . Obtenido de <http://www.oas.org/es/cim/docs/Atlas90-Digital-ES.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s/f) ¿Qué es el enfoque diferencial? Obtenido de <http://www.hchr.org.co/index.php/76-boletin/recursos/2470-ique-es-el-enfoque-diferencial>
- ONU. (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas. Nueva York: ONU.
- – (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York: ONU.
- – (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York: ONU.
- – (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Obtenido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- ONUMUJERES et al (2015) Paquete de Servicios Esenciales para Mujeres y Niñas que sufren violencia. Obtenido de <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>
- Presidencia de la República de Colombia. (2015). Manual de Territorialización de los lineamientos de política pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas

del conflicto armado. Obtenido de <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/mvca/Marco-normativo-derechos-mujeres.pdf>

- Salvador, L (2015) “Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as” Journal of Feminist, Gender and Women Studies 1: 103-113, Enero/January 2015. Obtenido de file:///C:/Users/Administracion/Downloads/416-1455-1-PB.pdf
- Save the Children et al (s/f) Manual de Atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Obtenido de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_atencion_violencia_de_genero.pdf
- Scheper-Hughes, N., & Bourgois, P. (2004). Violence in War and Peace. An Anthology. Malden: Blackwell Publishing Ltd.
- Smutts, B. (1996). Male Aggression Against Women: An Evolutionary Perspective. En D. Buss, & N. Malamuth, Sex, Power, Conflict. Evolutionary and Feminist Perspectives (págs. 231-268). Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. (2014). Guatemala: Análisis de Situación de País. Obtenido de <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>
- UNICEF et al (2011) Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Obtenido de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>
- Vives Cases, C. (Diciembre de 2011). Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. (C. d. Mujer, Ed.) Feminismo/s, 291-299.



EU Aid Volunteers

We Care, We Act



Con ayuda de la iniciativa **EU Aid Volunteers de la Unión Europea**. Este proyecto / documento abarca las actividades de ayuda humanitaria implementadas con la ayuda financiera de la Unión Europea. Las ideas expresadas en el presente documento no reflejan, de ninguna manera, la opinión oficial de la Unión Europea. La **Comisión Europea** no se hace responsable de ningún uso que pueda derivar de la información que este contiene.

 www.mpd.org/euaidvolunteers

 [euaidvolunteersmpdl](https://www.facebook.com/euaidvolunteersmpdl)

 [euaidvolmpdl](https://twitter.com/euaidvolmpdl)

 [#euaidvolunteers](https://twitter.com/euaidvolunteers)
