

CURRICULUM BASADO EN COMPETENCIAS SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES PREPARADO POR LA ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

**Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC**

University Professor, University of Toronto  
Senior Scientist, Toronto General Hospital Research Institute  
Research Head, University Health Network Centre for Mental Health

**Prabha S. Chandra MD, FRCPsych, FAMS**

Professor and Head of the Department of Psychiatry,  
National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, INDIA

Traducido al español por:

**Dra Marta Beatriz Rondon Rondon MD, MSc**

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima, Perú

**Prof. Edgard Belfort**

Secretaría de Educación WPA

## CONTENIDO

1. Antecedentes y metas de este curriculum.....	3
2. Competencias según grupo: estudiantes de medicina, residentes de psiquiatría, psiquiatras en ejercicio.....	5
3. Recurso 1: guías de la OMS/OPS para el cuidado de mujeres afectadas por violencia de pareja o violencia sexual- manual clínico.....	10
4. Recurso 2: enlaces y resúmenes de artículos clave, libros, manuales y herramientas.....	12
5. Recurso 3: presentaciones ppt acerca de la violencia sexual y de pareja.....	26
6. Recurso 4: viñetas clínicas y puntos esenciales para aprendizaje.....	39
7. Recurso 5: videos.....	53

### **Co directoras del proyecto:**

Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC (Canada)

Prabha S. Chandra MD, FRCPsych , FAMS (India)

### **Steering Group Members**

Marta B. Rondon MD (Peru)

Josyan Madi-Skaff MD (Lebanon)

Louise Howard PhD, MRCPsych (United Kingdom)

Harriet L. MacMillan MD, MSc, FRCPC (Canada)

Claudia Garcia Moreno MD, MSc (WHO Geneva)

Robert Butchart PhD (Prevention of Violence Co-coordinator, WHO Geneva)

Mark Van Ommeren PhD (Mental Health, WHO Geneva)

### **Educational consultants**

Andrea Waddell MD, FRCPC (Canada)

Raed Hawa MD, FRCPC (Canada)

## ANTECEDENTES

La violencia contra las mujeres o violencia basada en género, es endémica en todo el mundo, y puede tomar diversas formas. Este currículum aborda principalmente la violencia de pareja (VP) y la violencia sexual (VS), que son dos problemas comunes con serias consecuencias para la salud física y mental. Las investigaciones indican que muy pocas mujeres que han sufrido violencia/victimización le cuentan a su médico acerca de esta experiencia y que muy pocos prestadores de salud han informado que alguna vez han preguntado acerca de experiencias de abuso. Este es también el caso en el campo de la salud mental. Las principales barreras descritas por los psiquiatras para la discusión de este tema con sus pacientes son 1. Falta de entrenamiento adecuado para preguntar o responder acerca de la VP y la VS, 2. Falta de conocimiento acerca de la prevalencia de estos problemas, 3. Escepticismo acerca de la efectividad de las intervenciones, 4. Incertidumbre acerca de las referencias apropiadas, 5. Resistencia de las pacientes, 6. Incomodidad del clínico respecto del tema de la violencia, 7. Limitaciones de tiempo, 8. Miedo de perder a la paciente, 9. Temor por la seguridad de la paciente violentada o la propia.

Si esperamos que los prestadores identifiquen adecuadamente a las mujeres que sufren violencia y respondan certeramente, tenemos que proporcionarles educación relevante.

Aunque sabemos que a veces los varones sufren violencia a manos de sus parejas, este currículum se concierne con la atención de las mujeres violentadas (VP y VS) específicamente porque las mujeres tienen mayor probabilidad que los varones de sufrir formas severas de violencia y de presentar secuelas en su salud física y mental de mayor gravedad.

## METAS

Este currículum basado en competencias para diferentes niveles de experticia (estudiantes, residentes, psiquiatras) presenta contenidos que se enfocan en la adquisición de habilidades, confianza y conocimientos en cada nivel, usando diferentes tecnologías educativas.

La educación médica está cambiando hacia un modelo basado en competencias nucleares que deben ser logradas antes que el educando pueda pasar al siguiente nivel en vez de del formato basado en el tiempo de estudios.

### **TERMINOLOGIA Y ABREVIATURAS**

- Violencia de pareja (VP): conducta de una pareja actual o previa que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y conductas controladoras. (OMS 2013)
- Abuso sexual (AS) o violencia sexual (VS) o violación (no restringido a pareja íntima, puede ser un extraño)
- Abuso conyugal (AC) = abuso contra la esposa, malos tratos contra la esposa, abuso por parte de una pareja de cualquier género
- Violencia doméstica o familiar (VD, VF) contra cualquier miembro de la familia, incluso los niños
- Violencia contra la mujer (VCM)
- Violencia basada en género (VBG) violencia o abuso en razón del género
- Violencia interpersonal (VIP) entre dos individuos
- EM: estudiante de medicina
- RP: profesional en entrenamiento en psiquiatría, antes de tener título de especialista
- EA: psiquiatra en práctica actual con experticia avanzada

COMPETENCIAS EN VIOENCIA DE PAREJA Y VIOLENCIA SEXUAL PARA TODOS LOS  
PROVEEDORES DE SALUD MENTAL

Al concluir el entrenamiento, el educando será capaz de:

1. Definir la violencia de pareja física, psicológica y sexual; y la violencia sexual
2. Discutir la prevalencia de la VP y VS en su comunidad y en la población con la que trabaja
  - a. Describir la prevalencia local, incluso en grupos vulnerables (EM)
  - b. Estimar la prevalencia de VP/VS y los factores comunes de riesgo y protección en la población a su cargo, incluso en las personas con enfermedades mentales (RS)
  - c. Usar sus conocimientos sobre las poblaciones locales para abogar eficazmente por servicios para violencia (EA)
3. Estar consciente de los mitos y prejuicios en VP/VS
  - a. Escribir los mitos comunes sobre VP/VS entre los proveedores de salud y el público (EM, RP)
  - b. Identificar los mitos y prejuicios que pudieran impactar las propias evaluaciones de pacientes (RP)
  - c. Participar en proyectos de colaboración interprofesionales e intersectoriales para incrementar la sensibilidad y conciencia de la comunidad
4. Tener conocimiento de las secuelas
  - a. Describir las secuelas sobre la salud física y mental de las mujeres víctimas de VP/VS y sobre los niños que presencian la violencia (EM, RP)
  - b. Dar información acerca de las consecuencias sobre la salud de la VP/VS (EA)
5. Evaluar la presencia de VP/VS
  - a. Preguntar acerca de la VP/VS de manera segura en diferentes tipos de pacientes (EM)
  - b. Obtener información sobre VP/VS de manera segura y empática en pacientes que se presentan con quejas psiquiátricas en una variedad de establecimientos (ambulatorios, hospitalización, servicios de emergencia e interconsultas) (RP)

- c. Proporcionar opiniones expertas en pacientes complejas afectadas por la VP/VS (EA)
  - d. Evaluar y referir, según sea necesario, a niños/as expuestas a VP/VS y cumplir con las reglas de notificación obligatoria donde estas existen (RP y EA)
6. Proporcionar primeros auxilios psicológicos
  - a. Aplicar los principios de los primeros auxilios psicológicos a personas afectadas por VP/VS (según el acrónimo inglés LIVES :escuchar, preguntar, validar, dar seguridad y apoyar)(EM)
  - b. Modelar el enfoque LIVES y entrenar a otros proveedores en su aplicación en el campo clínico (RP)
7. Conocer los recursos disponibles para la educación en violencia y para dar apoyo a las personas afectadas por esta
  - a. Proporcionar información a una víctima o a otro proveedor de salud acerca de cómo obtener servicios legales, la ruta a seguir, conocer la ley local y los recursos disponibles para las mujeres afectadas (EM)
  - b. Proporcionar información específica a una víctima acerca de los procedimientos para acceder a servicios legales, y las rutas de referencia en su región o localidad (RP)
  - c. Desarrollar, exhibir y diseminar materiales educativos en un ambiente clínico para apoyar la respuesta frente a las personas afectadas por la violencia.(EA)
8. Comunicar los detalles de la evaluación integral
  - a. Registrar adecuadamente los síntomas y signos de la VP y VS en la historia clínica y discutir éstos
  - b. Elaborar un plan de seguimiento factible para un proveedor primario respecto de una persona afectada por violencia que sirva para proporcionarle los cuidados que ha identificado que ella necesita (RP)
9. Tratar el trauma psicológico relacionado con la VP/VS
  - a. Proporcionar instrucciones escritas acerca de la iniciación y monitoreo de los cuidados de primera línea indicados para el tratamiento del trauma asociado a VP/VS (RP)

- b. Proporcionar o referir para atención de trauma psicológico sin complicaciones (TCC centrada en trauma, terapia de exposición, EMDR, u otra (RP)
- c. Administrar un tratamiento farmacológico indicado para el trauma psicológico relacionado a la VP/VS (RP)
- d. Supervisar residentes u otros en la administración de tratamiento indicado para el trauma psicológico (EA)
- e. Proporcionar cuidado integral a pacientes con necesidades complejas luego de haber experimentado VP/VS (EA)

**Nota:** si los residentes o psiquiatras no han tenido capacitación requerida para un nivel inferior, por favor revisar los materiales y lograr las competencias

**LIVES** es el acrónimo de la OMS/OPS para las acciones de primera línea:

**Escuchar** de manera empática, sin hacer juicios de valor

**Preguntar** acerca de las necesidades y preocupaciones (físicas, emocionales, prácticas)

**Validar** mostrar que le cree y entiende a la persona afectada

**Mejorar la seguridad:** describir cómo se puede evitar que continúe o se incremente el daño

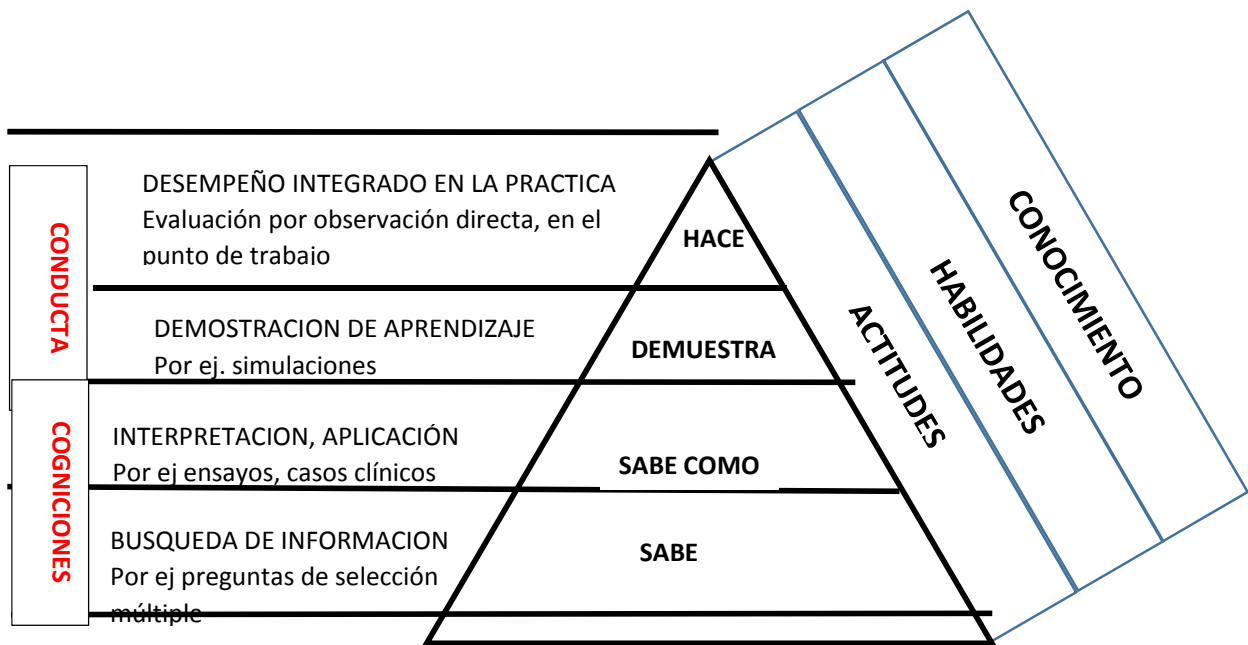
**Apoyar** ayudar a la persona a acceder a servicios y apoyo social

## DEFINICIONES

**Violencia de pareja (VP):** conducta por parte de actual o antigua pareja íntima que provoca daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico o conductas controladoras (OMS).

**Violencia sexual (VS):** acto sexual cometido o intentado por otra persona sin el consentimiento de la víctima, o contra alguien sin la capacidad de consentirlo o rechazarlo (CDC).

**EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS**



BASADO EN: el trabajo de Miller GE: La Evaluación de las habilidades, competencias y Desempeño Clínico. Acad Med 1990 65(9) 63-67, adaptado por los Dres. Mehay R y Burns R, Reino Unido, Enero 2009



**DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS COMUNES DE EVALUACIÓN**

<b>EXAMEN ESCRITO</b>	Incluye una combinación de preguntas de selección múltiple, respuestas cortas y ensayos,
<b>EVALUACIÓN CON CASO CLÍNICO EN VIDEO</b>	Todos los educandos observan un video y luego responden preguntas por escrito
<b>EXAMEN ORAL</b>	Se hacen preguntas acerca de un caso a estudiantes para que respondan verbalmente, énfasis en la comunicación oral
<b>JUEGO DE ROLES CON UN PROVEEDOR DE SALUD</b>	El evaluador hace de proveedor y evalúa las habilidades de comunicación del paciente
<b>EXAMEN CLÍNICO ESTRUCTURADO OBJETIVO (CON PACIENTE)</b>	El evaluador observa al educando realizar una evaluación estandarizada de un paciente
<b>AUDITORÍA DE LA PRACTICA</b>	Puede incluir revisión de historias, observación directa, auditoría de historias, revisión por pares

**Recomendaciones para los métodos de evaluación de cada competencia**

**Estudiantes de Medicina**

COMPETENCIA #	1	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a
Examen escrito	X	X	X					
Evaluación del video			X					X
Examen oral				X			X	
Juego de rol					X	X	X	
Estilo ECOE					X	X	X	
Auditoría práctica								X

**Psiquiatras en formación**

COMPETENCIA #	2b	3b	4a	5b	5d	6b	7b	8b	9a	9b
Examen escrito	X							X	X	
Evaluación del video		X								
Examen oral	X	X	X			X				
Juego de rol w/HCP		X	X	X		X	X			
Estilo ECOE (patient)			X	X	X		X			
Auditoría práctica				X				X	X	X

## RECURSOS 1

a) **World Health Organization Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence. A clinical handbook. 2014.**

Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>. Un manual básico útil para proveedores de cuidados a personas afectadas por la violencia del compañero íntimo y la violencia sexual

Al atender a una persona afectada por la violencia, se requiere considerar las necesidades en cuatro áreas:

1. Necesidades inmediatas del punto de vista físico
2. Necesidades inmediatas del punto de vista emocional
3. Necesidades mediatas y a largo plazo del punto de vista de la seguridad de la persona
4. Necesidades mediatas y a largo plazo de apoyo social y de salud mental

Existen maneras sencillas en que un proveedor de salud puede ayudar a una mujer que ha sufrido VP/VS. Este manual tiene cuatro partes que permiten a un a los no especialistas, intervenir efectivamente:

1. Concienciación acerca de la violencia contra las mujeres, incluso la violencia sexual
2. Cuidados de primera línea
3. Cuidados adicionales en caso de violencia sexual
4. Soporte adicional para la salud mental

El manual presenta consejos prácticos en estas cuatro áreas específicamente para mujeres mayores de 18 años. Aunque no se ha escrito para uso en mujeres menores, se puede aplicar estos consejos clínicos a adolescentes y varones.

b. **World Health Organization Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. WHO, Geneva.2013.**

Available at:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1)

Una guía clínica y para políticas de salud basada en la evidencia, producida por OMS/OPS.

Es posible que un prestador de salud sea la primera persona con la que tome contacto una mujer violentada. La evidencia muestra que las mujeres que sufren violencia usan los servicios de salud con más frecuencia que otras, aunque no digan

nada acerca de la violencia que sufren. Asimismo, los prestadores de salud han sido identificados por las mujeres como el grupo en quien “confiarían mas ampliamente” en caso de sufrir violencia.

Estas guías son un esfuerzo sin precedentes para equipar a los clínicos con herramientas clínicas basadas en la evidencia para intervenir en casos de VO y VS.

También proporcionan orientación para los tomadores de decisiones, sugieren maneras de mejorar la coordinación intersectorial y

Estas guías están basadas en una revisión sistemática de la evidencia y cubren:

1. Identificación de casos y cuidado clínico de víctimas de violencia de pareja
2. Cuidado clínico para victimas de abuso sexual
3. Capacitación en violencia del compañero íntimo y violencia sexual
4. Enfoques de política y programáticos para la violencia contra las mujeres
5. Reporte obligatorio de casos

Este documento tiene el propósito de concientizar a los prestadores y tomadores de decisiones acerca de la violencia contra las mujeres, para que haya una mejor comprensión de este problema y de la necesidad de que haya una respuesta adecuada desde el sector salud. Proporcionan una serie de estándares que se pueden usar como base las guías clínicas nacionales y que se pueden integrar a la enseñanza y capacitación en estos temas en las ciencias de la salud.

## RECURSOS 2

### ARTICULOS Y CAPITULOS

1. [Curr Psychiatry Rep.](#) 2016 Jan;18(1):4. doi: 10.1007/s11920-015-0644-3.

#### **New Developments in Intimate Partner Violence and Management of its Mental Health Sequelae.**

[Stewart DE](#), [Vigod S](#), [Riazantseva E](#).

#### Resumen

La violencia de pareja es un problema de salud pública y de derechos humanos que le hace daño físico, sexual y psicológico a hombres y mujeres. Incluye la agresión física, la coerción sexual, el maltrato psicológico, y las conductas controladoras perpetradas por una pareja actual o anterior en el contexto de una relación heterosexual u homosexual. La VP puede dañar a ambos sexos, pero afecta desproporcionadamente a las mujeres, siendo que casi un tercio de las mujeres acusa ser víctima de violencia en algún momento de su vida. Los daños físicos y sexuales de la VP incluyen lesiones, incremento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, complicaciones del embarazo, y muchas veces, la muerte. Las consecuencias psicológicas incluyen depresión, trastorno de estrés post traumático, ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias, impulsividad y suicidalidad, y quejas somáticas no específicas que se supone están relacionadas con el estrés crónico de vivir en una relación violenta. Los niños y niñas que están expuestos a la violencia entre sus progenitores también sufren consecuencias adversas en el corto y largo plazo. El artículo revisa la evidencia actual sobre prevalencia, factores de riesgo, efectos adversos y tratamientos basados en la evidencia para recuperar la salud mental de las personas afectadas por VP.

2. [Curr Opin Psychiatry](#). 2015 Sep;28(5):350-6

**Mental health consequences of violence against women and girls.**

[Satyanarayana VA](#), [Chandra PS](#), [Vaddiparti K](#).

Resumen

Se revisa evidencia reciente sobre la salud mental de niñas y mujeres de la exposición a la violencia en una serie de circunstancias.

Aunque muchos estudios muestran asociaciones transversales entre el abuso sexual y la infancia y afectación de la salud mental, una serie de estudios prospectivos muestran una robusta asociación entre el abuso sexual infantil y la depresión. Los estudios acerca de la violencia sexual en las citas (entre enamorados) aun están en un estadio inicial y se enfocan más en los antecedentes que en las consecuencias. Se ha identificado y estudiado especialmente algunas poblaciones de mujeres que sufren mayor riesgo: las adolescentes, las migrantes, las mujeres en el periodo perinatal, las desamparadas, y se han identificado algunas vulnerabilidades específicas. Las mujeres que reportan violencia bidireccional sufren mas estrés post traumático y depresión . la violencia acumulada, severidad de ésta, y la violencia reciente se asocian con mayor morbilidad. Estudios en zonas de conflicto han enfatizado el papel de diferentes modalidades de violencia sexual y física en las alteraciones de la salud mental. En suma, hay algunas áreas emergentes que requieren mayor estudio: las consecuencias sobre la salud mental de la violencia en las zonas en conflicto y en relaciones entre personas del mismo sexo. Asimismo hay pocos estudios acerca de la violencia contra mujeres mayores y adolescentes. Se subraya la necesidad de definir con mayor precisión la psicopatología de las manifestaciones complejas del TEPT.

3. [PLoS Med.](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439) 2013;10(5):e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439. Epub 2013 May 7.

**Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies.**

[Devries KM](#), [Mak JY](#), [Bacchus LJ](#), [Child JC](#), [Falder G](#), [Petzold M](#), [Astbury J](#), [Watts CH](#).

Resumen

La depresión y el suicidio son responsables de una gran carga de enfermedad a nivel global. La evidencia sugiere que la VP se asocia con un aumento del riesgo de depresión, y que las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de sufrir violencia. Nos propusimos investigar en que medida la experiencia de violencia se asocia con la depresión y el suicidio y viceversa.

Método y resultados: realizamos una revisión sistemática y meta análisis de todos los estudios longitudinales publicados antes de 1 febrero 2013. Buscamos en mas de 22000 reportes de 20 bases de datos para ver estudios acerca de violencia física o sexual o violencia durante el enamoramiento y síntomas de depresión, diagnósticos de depresión mayor, distimia, depresión menor o intentos suicidas. Análisis de efectos al azar se usaron para generar odds ratios. Dieciséis estudios con mas de 36000 participantes cumplieron con nuestros criterios de búsqueda. Todos los estudios incluyeron mujeres y cuatro incluyeron además varones. Pocos estudios controlaron factores de confusión mas alla de los demográficos. Todos excepto uno midieron solamente síntomas depresivos. Para las mujeres, hubo clara evidencia de asociación entre la VP y la incidencia de síntomas depresivos, donde 12 de 13 estudios mostraron una dirección positiva de la asociación, con significación estadística en once estudios. Odds ratio conjunto de once estudios = 1.97 (95% CI 1.56-2.48,  $I^2 = 50.4\%$ ,  $p(\text{heterogeneidad})=0.073$ ). También hubo evidencia de una asociación en la dirección opuesta entre síntomas depresivos e incidencia de VP (OR de cuatro estudios 1.93, 95% CI 1.51-2.48,  $I^2 = 0\%$ ,  $p=0.481$ ). La VP se asocia con la incidencia de intentos suicidas. En el caso de los varones, la evidencia sugiere que la VP se asocia con síntomas depresivos, pero no hay evidencia de asociación entre VP e intentos suicidas ni entre depresión e incidencia de VP. No hubo asociación clara entre intentos suicidas.

En conclusión, en las mujeres la VP se asocia con incidencia de síntomas depresivos y o síntomas depresivos a su vez, se asocian con incidencia de VP. La VP se asocia con incidencia de intentos suicidas. En los varones hay tendencia a la asociación entre VP y síntomas depresivos pero no hay clara asociación con intentos suicidas.

4. [Psychol Med](#). 2015 Mar; 45 (4): 875-86. doi: 10.1017/S0033291714001962. Epub 2014 Sept 4.

#### **Violencia sexual y doméstica contra pacientes con enfermedades mentales severas.**

[Khalifeh H](#), [Moran P](#), [Borschmann R](#), [Dean K](#), [Hart C](#), [Hogg J](#), [Osborn D](#), [Johnson S](#), [Howard LM](#).

#### **SÍNTESIS**

##### **ANTECEDENTES:**

La violencia sexual y la violencia doméstica son problemas de salud pública significativos, aunque se sabe muy poco de la medida de riesgo que estas tienen en hombres y mujeres con enfermedades mentales severas (EMS), en contraste con la población en general. Quisimos comparar la prevalencia y el impacto de la violencia contra pacientes de EMS y la población en general.

##### **MÉTODO:**

Trescientos tres pacientes reclutados, en contacto con los servicios a la comunidad por más de un año, fueron aleatoriamente seleccionados y entrevistados con el cuestionario de violencia sexual o la Encuesta Británica sobre la Delincuencia en el Hogar. La prevalencia y la correlación de la violencia en esta muestra fueron comparadas con aquellas pertenecientes a 22.606 controles de la población contemporánea que participó en la encuesta nacional de la delincuencia realizada en 2011/2012.

##### **RESULTADOS:**

La violencia doméstica del año pasado fue reportada en 27% contra 9% de EMS y control en mujeres, respectivamente (razón de probabilidades (OR) ajustado a la sociodemografía, aOR 2.7, 95% intervalo de confianza (CI) 1.7 – 4.0), y 13% contra 5% de EMS y control en hombres, respectivamente (sOR 1.6, 95% CI 1.0-2.8). La violencia sexual en el hogar del año pasado fue reportada en 10% contra 2.0% de EMS y control en mujeres, respectivamente (aOR 2.9, 95% CI 1.4-5.8), Violencia familiar (no asociada) comprimó una mayor proporción en toda la violencia doméstica de EMS que en control en víctimas (63% contra 35%,  $p < 0.01$ ). Los abusos sexuales severos en adultos llevaron a intentos de suicidio más frecuentes entre EMS que en víctimas de control en mujeres (53% contra 3.4%,  $p < 0.001$ ).

##### **CONCLUSIONES:**

En comparación con la población en general, los pacientes con EMS tienen mayor riesgo de sufrir violencia doméstica y violencia sexual, con un exceso relativo de violencia familiar e impactos adversos en la salud, consecuentes de la victimización. Los servicios psiquiátricos y las políticas de salud pública y justicia criminal deberían abordar la violencia sexual y doméstica en este grupo de riesgo.

4. [Glob Health Action](#). 2016 Feb 8;9:29890. doi: 10.3402/gha.v9.29890. eCollection 2016.

**Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services.**

[Ferrari G](#), [Agnew-Davies R](#), [Bailey J](#), [Howard L](#), [Howarth E](#), [Peters TJ](#), [Sardinha L](#), [Feder GS](#).

Resumen

La violencia y el maltrato doméstico (VMD) se asocian con un riesgo aumentado de enfermedad mental, pero sabemos poco acerca de la salud mental de las sobrevivientes de VMD que buscan apoyo de los servicios de violencia.

Objetivo: nuestro objetivo fue caracterizar la demografía de las mujeres que buscan servicios especializados de violencia en el Reino Unido y estudiar las asociaciones entre la severidad del maltrato y la afectación de la salud mental, el estado de salud actual compensando los factores de confusión y moderación conocidos.

Diseño se analizó la línea basal de 260 mujeres enroladas en un estudio aleatorizado controlado de intervención psicológica en VMD. Reportamos la prevalencia y asociaciones entre estado de salud mental y severidad del abuso en el momento de ingreso al programa, usamos modelos logísticos y de regresión normal para variables binarias y continuas respectivamente. Se usó los siguientes instrumentos de medición de salud mental: Resultados Clínicos en Evaluación de Rutina (CORE-OM), Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Escala de Diagnóstico Post traumático. La Escala Compuesta de Abuso (CAS) midió el maltrato.

Resultados: La exposición al maltrato fue alta, con un puntaje medio del CAS de 56 (DE 34). El puntaje medio de CORE-OM fue 18 con 76% por encima del umbral clínico. Los niveles de ansiedad y depresión fueron altos, con medias cerca del umbral clínico. Mas de ¾ partes de las participantes tenía puntaje de PTSD por encima del umbral clínico. Los síntomas de enfermedad mental se incrementaron linealmente con la severidad de VMD.

Conclusiones: las mujeres sobrevivientes de MVD que buscan apoyo en servicios especializados han experimentado antes de acudir al servicio altos niveles de maltrato, depresión, ansiedad y especialmente TEPT. Los clínicos deben saber que las pacientes que se presentan con síntomas de depresión o ansiedad pueden estar sufriendo o haber sufrido maltrato doméstico. La alta morbilidad psicológica de esta población hace que sea necesario contar con servicios psicológicos centrados en trauma para estas personas que buscan servicios por MVD.

<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/29890>



5. [PLoS Med.](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452) 2013;10(5):e1001452. doi: 10.1371/journal.pmed.1001452. Epub 2013 May 28.

**Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis.**

[Howard LM](#), [Oram S](#), [Galley H](#), [Trevillion K](#), [Feder G](#).

Resumen

La violencia doméstica en el periodo perinatal se asocia con resultados obstétricos adversos, pero hay escasa evidencia acerca de su asociación con los trastornos mentales perinatales. Nuestro propósito es estimar la prevalencia y riesgo de haber sufrido violencia doméstica en mujeres que sufren trastornos mentales perinatales (trastornos de ansiedad y depresión incluyendo TEPT, trastornos de la conducta alimentaria y sicosis)

Metodos y resultados: hicimos una revisión sistemática y metanálisis (referencia PROSPERO CRD42012002048), Las fuentes de datos incluyeron búsquedas de bases de datos electrónicos (hasta el 15 febrero 2013) , búsquedas manuales, seguimiento de referencias, actualización de un informe sobre victimización y enfermedades mentales, y recomendaciones de expertos. Se incluyó estudios que fueran arbitrados por pares, experimentales u observacionales, que reportaran mujeres de 16 años o mas, evaluando la prevalencia o riesgo de haber sufrido violencia doméstica y evaluaran los síntomas de trastorno mental perinatal usando instrumentos validados. Dos investigadores vieron 1125 artículos completos, extrajeron los datos e independientemente calificaron la calidad del estudio. Se estimaron odds ratios conjuntos, usando metaanálisis. Se incluyó 67 artículos. Estimados conjuntos de estudios longitudinales sugieren un incremento de tres veces el riesgo de sufrir síntomas depresivos intensos en el puerperio luego de haber sufrido violencia de pareja durante la gestación. (odds ratio 3.1, 95% CI 2.7-3.6). El incremento del riesgo de sufrir violencia entre las mujeres con síntomas depresivos, ansiosos o de TEPT en el periodo antenatal o postnatal fue consistentemente reportado . no se identificaron estudios acerca de trastornos de la conducta alimentaria, o psicosis puerperal. Los análisis estuvieron limitados por la falta de información acerca de los síntomas iniciales (línea de base) lo que impidió hacer estimaciones de la dirección de a causalidad.

Conclusiones: niveles altos de síntomas depresivos, ansiosos y de TEPT se asocian significativamente con haber experimentado violencia doméstica. Se requiere evidencia de buena calidad acerca de cómo es que los servicios de salud mental debe enfocar la violencia doméstica para mejorar los resultados de salud mental de las mujeres y sus bebés en el periodo perinatal.

6. Trauma Violence Abuse. 2009 Jul;10(3):225-46. doi: 10.1177/1524838009334456. Epub 2009 May 10.

**An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health.**

Campbell R, Dworkin E, Cabral G.

Resumen

Este estudio examina, desde una perspectiva teórica, el impacto psicológico de la violación sexual en adultas para entender como los factores en múltiples niveles de la ecología social contribuyen a las secuelas post asalto. Usando la teoría del desarrollo humano enunciada por Bronfenbrenner (1979, 1986, 1995), veos cómo factores individuales (sociodemográficos, biológicos/genéticos), las características de la agresión (relación entre víctima y atacante, lesiones, uso de alcohol), factores del microsistema (apoyo informal de familia y amigos), del meso/exosistema (contacto con los sistemas médico, legal, de salud mental, centros de atención crítica de violaciones), del macrosistema (mitos que justifican las violaciones) y del cronosistema (revictimización, experiencias previas de abuso sexual) afectan los resultados de salud mental de las adultas sobrevivientes de violación (o sea, TEPT depresión, suicidalidad, y abuso de sustancias). La auto-culpabilización se conceptualiza como un eta-constructo que deriva de todos los niveles de este modelo ecológico. Se discuten las implicancias para disminuir o prevenir los efectos negativos sobre la salud mental de las violaciones sexuales.

7. **Lancet.** 2006 Oct 7;368(9543):1260-9.

**Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.**

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team.

#### Resumen

La violencia contra las mujeres es un serio problema de salud pública y de derechos humanos. A pesar de que hay mucha evidencia sobre la magnitud del problema, la mayor parte proviene de países industrializados y las diferencias metodológicas impiden hacer comparaciones entre estudios. Nuestro propósito fue estimar la magnitud de la violencia física y sexual por parte de la pareja en 15 lugares de diez países: Bangladesh, Brasil, Etiopia, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia and Montenegro, Tailandia, y la República Unida de Tanzania.

Método: se realizaron encuestas estandarizadas en domicilio entre 2000 y 2003, entrevistando mujeres entre 15 y 49 años de edad; a aquellas que alguna vez estuvieron unidas a un varón se les preguntó, en privado, acerca de sus experiencias de violencia física, sexual y emocional.

Hallazgos : 24097 mujeres completaron las entrevistas, con alrededor de 1500 entrevistas por sitio. La prevalencia de vida de violencia varió entre 15 a 71%, donde dos lugares tenían menos de 25%, siete entre 25 y 50%, y seis entre 51 y 75%. Entre 4 y 54% de las participantes reportaron violencia física en el último año. Los hombres controladores representaban un riesgo mayor de violencia contra su pareja, excepto en un lugar, las mujeres tuvieron mas probabilidad de ser agredidas física o sexualmente por su pareja que por cualquier otra persona.

Interpretación: los hallazgos confirman que la violencia contra las mujeres es prevalente. La variación en la prevalencia dentro de y entre países enfatiza que la violencia no es inevitable y debe tomarse medidas para prevenirla.

8. Reprod Health Matters. 2010 Nov;18(36):158-70. doi: 10.1016/S0968-8080(10)36533-5.

**Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries.**

Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, Watts C.

Resumen

Nuestro propósito fue describir la prevalencia de VP durante a gestación en 19 países y examinar las tendencias en grupos etarios y las regiones de las UN. Hicimos un análisis secundario de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (20 encuestas de 15 países) y de las Encuestas Internacionales de violencia contra las mujeres (4 encuestas de cuatro países) hechas entre 1998 y 2007. Nuestros datos sugieren que violencia de pareja durante la gestación es frecuente. La prevalencia de VP durante el embarazo estuvo en un rango entre 2% en Australia, Camboya, Dinamarca y las Filipinas hasta 13.5% en Uganda entre mujeres alguna vez gestantes, alguna vez unidas. La prevalencia en los países africanos y latinoamericanos fue mayor que en Europa y Asia. En la mayoría de lugares la prevalencia fue alta entre las mujeres mas jóvenes y luego disminuyó después de los 35 años. La violencia contra las mujeres tiene una prevalencia mayor que las condiciones para las cuales normalmente se hace tamizaje en e control prenatal . Las iniciativas globales para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna deben dar mayor atención al problema de la violencia contra las mujeres, especialmente durante la gestación.

9. Trauma Violence Abuse. 2015 May 27. pii: 1524838015584363. [Epub ahead of print]

**Intimate Partner Violence in Self-Identified Lesbians: A Systematic Review of Its Prevalence and Correlates.**

Badenes-Ribera L, Bonilla-Campos A, Frias-Navarro D, Pons-Salvador G, Monterde-I-Bort H.

Resumen

Este artículo presenta la primera revisión sistemática sobre la VP en lesbianas auto identificadas en parejas del mismo sexo. Estudios publicados entre enero 1990 y diciembre 2013 fueron analizados. De los 687 artículos revisados, se pre-seleccionó 59 y 14 se eligieron por cumplir con los criterios de inclusión y metodológicos.

Se presenta un cuadro sumario de las características de los estudios, las participantes, la prevalencia de VP, y sus correlatos. Todos los estudios se llevaron a cabo en USA y usaron muestreos no probabilísticos. La mayoría de participantes eran blancas con un alto nivel educativo. Los resultados indican que todas las formas de violencia ocurren, pero la más prevalente es la violencia emocional/psicológica. Los correlatos asociados positivamente con la VP son algunas características personales, la fusión, experiencia previa de VP, una historia familiar de violencia y el consumo de alcohol. Este estudio encontró limitaciones significativas en la literatura existente. Se hacen recomendaciones metodológicas para estudios posteriores.

10. Lancet. 2015 Apr 18;385(9977):1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7. Epub 2014 Nov 21.

**The health-systems response to violence against women.**

García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G.

Resumen

Los sistemas de salud tienen un papel crucial en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres. Algunos países tienen guías que articulan esta respuesta y en otros, los prestadores de salud reciben capacitación específica al respecto. Pero en general, el desarrollo e implementación del sistema de respuesta frente a la VP han sido lentos. Existen importantes barreras sistémicas y conductuales, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. La violencia contra las mujeres se identificó como una prioridad sanitaria en las Guías del 2013 y y la 67 Asamblea Mundial de la Salud dio una resolución acerca del fortalecimiento del rol del sistema sanitario en el abordaje de la violencia, especialmente contra mujeres y niñas. En este artículo (de la serie sobre Violencia contra la Mujer del Lancet 2014) revisamos la evidencia de las intervenciones clínicas y discutimos los componentes de un sistema integral de respuesta que ayude a los proveedores d salud a identificar y apoyar a las mujeres sometidas a violencia sexual o de pareja. Cinco estudios de caso de países muestran la diversidad de contextos y rutas para el desarrollo de la respuesta del sistema sanitario a la violencia. Aunque requerimos mas investigación, el fortalecimiento de la respuesta sanitaria- que incluya los protocolos, la construcción de capacidades, la coordinación efectiva entre agencias y el establecimiento de redes de referencia y contra-referencia, - puede permitir a los proveedores abordar la violencia contra las mujeres.

11. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2013 Dec 13;12:CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

**Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults.**

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C.

Resumen

El trastorno de estrés post traumático (TEPT) es una condición que interfiere con el bienestar y la funcionalidad, que habitualmente se trata con métodos psicológicos.

Versiones previas de esta revisión, y otros meta análisis han encontrado que estos son eficaces, siendo las psicoterapias enfocadas en el trauma más útiles que las no enfocadas. Esta es una actualización de la revisión Cochrane de 2005, actualizada en 2007.

Objetivos: evaluar los efectos de terapias psicológicas para el tratamiento de adultos con TEPT

Resultados: incluimos 70 estudios, con 4671 participantes. El resultado primario para esta revisión fue la reducción de la severidad de los síntomas de TEPT, mediante una medición estandarizada realizada por un clínico. Para este resultado, la terapia cognitivo conductual enfocada en trauma y el EMDR fueron más eficaces que la lista de espera o el "cuidado usual" (standardised mean difference (SMD) -1.62; 95% CI -2.03 to -1.21; 28 estudios; n = 1256 y SMD -1.17; 95% CI -2.04 to -0.30; 6 estudios; n = 183 respectivamente). No hubo diferencia significativa entre terapia cognitivo conductual enfocada en trauma, EMDR y manejo del estrés inmediatamente después del tratamiento, pero hay evidencia que las dos primeras fueron más eficaces en el seguimiento a uno y cuatro meses. También fueron superiores a otras terapias. La terapia cognitivo conductual no enfocada en trauma fue más útil que a lista de espera o el "cuidado usual" y otras terapias. Hubo evidencia de mayor abandono en las terapias activas. Aunque un número sustantivo de estudios se incluyó en la revisión, las conclusiones están comprometidas por los problemas metodológicos presentes en algunos estudios. El tamaño de las muestras fue pequeño y los estudios carecían de potencia. Hay pocos datos de seguimiento, lo que disminuye el valor de las conclusiones acerca de los efectos a largo plazo de las terapias psicológicas.

## 12. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC011-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.

Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Meredith D, Cavanaugh J, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN.

Extracto

Objetivos: evaluar la eficacia, efectividad comparativa y daños de los tratamientos psicológicos y farmacológicos de tratamientos para adultos con trastorno de estrés post traumático (TEPT), se omite información sobre fuentes de datos y métodos de revisión.

Resultados: incluimos 92 estudios, generalmente con TEPT severo y edad entre 30 y 40. Alto SOE apoya la eficacia de la terapia de exposición para mejorar los síntomas de TEPT. (Cohen's  $d = -1.27$ ; 95% confidence interval,  $-1.54$  to  $-1.00$ ), número necesario para tratar (pérdida de diagnóstico) fue 2 (SOE moderado) Hay evidencia de la eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia cognitivo conductual, la desensibilización y reprocesamiento del movimiento de ojos (EMDR) y la terapia de exposición narrativa para disminuir los síntomas o lograr la remisión (pérdida del diagnóstico) (SOE moderado). El tamaño del efecto para lograr remisión fue grande,  $NNT < 4$  para lograr la pérdida del diagnóstico para CPT, CT, CBT-mixta y EMDR. Hay evidencia de la efectividad de fluoxetina, paroxetina, sertralina, topiramato y venlafaxina en la mejoría de síntomas de TEPT (SOE moderado); los tamaños de efecto fueron pequeños o medianos (o sea reducción de 4.9 a 15.5 puntos en CAPS en comparación con placebo). También hay evidencia de eficacia de paroxetina y venlafaxina para inducir la remisión ( $NNT \sim$ ; SOE moderado). Hay evidencia que paroxetina reduce los síntomas y mejora la funcionalidad, la risperidona podría mejorar los síntomas (SOE bajo). Análisis en red de 28 pruebas clínicas (4817 sujetos) encontró que la paroxetina y topiramato eran más efectivas que la mayoría de las medicaciones para reducir los síntomas de TEPT, pero el análisis estaba basado mayormente en evidencia indirecta y limitado a un resultado (bajo SOE). Encontramos pocas comparaciones entre productos, insuficiente evidencia para verificar si algún tratamiento era más eficaz para víctimas de determinado tipo de trauma o para determinar riesgos comparativos para efectos adversos.

Conclusiones: varios tratamientos psicológicos y farmacológicos tienen al menos moderado SOE como evidencia de su eficacia en el tratamiento de TEPT: Exposición, CPT, CT, CBT-mixta, EMDR, terapia de exposición narrativa, fluoxetina, paroxetina, sertralina, topiramato, and venlafaxina.



## CAPITULOS

**Psychiatry**, Fourth Edition. Eds A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First and M. B. Riba. pp2533-2548. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2015. doi: 10.1002/9781118753378.ch128 Vigod SN, Stewart DE. **Psychiatric Management of Victims of Intimate Partner and Sexual Violence.**

## LIBROS

### 1. Domestic Violence and Mental Health 1st Edition

by [Louise Howard](#), [Gene Feder](#), [Roxanne Agnew-Davies](#)

- **Paperback:** 112 pages
- **Publisher:** RCPsych Publications; 1 edition (May 31, 2013)
- **Language:** English
- **ISBN-10:** 1908020563
- **ISBN-13:** 978-1908020567

### 2. Violence against women and mental health

[García-Moreno, Claudia](#), [Riecher-Rössler, Anita](#) – Volume editors

In, [Key issues in mental health, ; v. 178 ISSN 1662-4874](#) C

**Country of Publication:** Switzerland

Basel : Karger, 2013. **Language:** English

**ISBN:**9783805599887 (hard cover : alk. paper)

3805599889 (hard cover : alk. paper)

9783805599894 (e-ISBN)

### **RECURSOS 3**

**DIPOSITIVAS SOBRE LA VIOLENCIA Y ABUSO DE LA PAREJA Y EL ABUSO SEXUAL CONTRA LA MUJER**

(material de apoyo original en inglés).

## **INTIMATE PARTNER VIOLENCE (IPV) PREVALENCE, RISK FACTORS, SEQUELAE AND TREATMENT (WPA)**

Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC  
University Professor  
Senior Scientist  
Founding Chair of Women's Health  
University Health Network, University of Toronto  
CANADA

### **WHAT IS INTIMATE PARTNER VIOLENCE (IPV)?**

- Behaviour by a current or previous intimate partner that causes physical, sexual or psychological harm, including acts of physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviours.

WHO 2013

### **FIVE TYPES OF IPV (CDC)**

- 1) Physical violence:** the intentional use of physical force with the potential for causing death, disability, injury, or harm.
- Includes: scratching; pushing; shoving; throwing; grabbing; biting; choking; shaking; slapping; punching; burning; use of a weapon; and use of restraints or one's body, size, or strength against another person.

### **2) SEXUAL VIOLENCE**

- (i) use of physical force to compel a person to engage in a sexual act against his or her will, whether or not the act is completed;
- (ii) an attempted or completed sex act involving a person who is unable to understand the nature or condition of the act, to decline participation, or to communicate unwillingness to engage in the sexual act, e.g., because of illness, disability, or the influence of alcohol or other drugs, or because of intimidation or pressure; and
- (iii) abusive sexual contact.

### **3) THREATS OF PHYSICAL OR SEXUAL VIOLENCE**

- threats of physical or sexual violence: words, gestures, or weapons to communicate the intent to cause death, disability, injury, or physical harm.

### **4) PSYCHOLOGICAL OR EMOTIONAL VIOLENCE**

- trauma to the victim caused by acts, threats of acts, or coercive tactics. Psychological or emotional violence can include, but is not limited to, humiliating the victim, controlling what the victim can and cannot do, withholding information from the victim, deliberately doing something to make the victim feel diminished or embarrassed, isolating the victim from friends and family, and denying the victim access to money or other basic resources

### 5) STALKING

- harassing or threatening behavior that an individual engages in repeatedly, such as following a person, appearing at a person's home or place of business, making harassing phone calls, leaving written messages or objects, or vandalizing a person's property

### HOW DOES IPV RELATE TO OTHER SIMILAR TERMS?

- Spouse abuse = wife abuse = wife battering
- Domestic or family violence (anyone in family)
- Violence against women or gender-based violence (based on gender)
- Interpersonal violence (between any people)
- Sexual assault or sexual violence (SV) or rape (not restricted to intimate partner)

### IPV

- A human right and public health problem
- In all developed and developing countries
- Affects individuals in all walks of life
- Heterosexual or same sex relationships
- Occurs in men and women but injuries worse in women
- A way of expressing power and control over the partner

### PATTERNS OF IPV

- Situational violence: usually episodic. Less violence. Often bilateral
- Intimate partner terrorism: more severe, chronic abuse aimed at coercive control
- IPV often escalates over time with "cycle of violence"
- Violence may escalate when the victim discloses or leaves
- Harassment and stalking may follow separation

### INTERNATIONAL IPV

- WHO 10 country study of 24 097 women found highest rates in rural Ethiopia and Peru
- WHO 15 country study of IPV in pregnancy ranged from 2 to 13.5%
- WHO lifetime prevalence is 30% for women
- US National IPV/SV found lifetime IPV in 36% women and 29% men
- Leading cause nonfatal injury to US women
- Local prevalence?

### ECOLOGICAL MODEL OF RISK FACTORS

- Individual
- Partner
- Family
- Community/social
- (Protective factors)

WHO

### **INDIVIDUAL RISK FACTORS FOR IPV**

- Anyone
- Limited or different education/employment
- Young age/old age
- Lower SES (poverty)
- Hx of abuse or witness abuse as child
- Substance abuse - alcohol
- Disability: physical or psychological
- Indigenous status
- ? Same sex relationships

### **PARTNER FACTORS THAT INCREASE IPV**

- Alcohol/drug abuse
- Need for over-control
- Hx of childhood abuse or witness abuse
- Low education level
- Negative attitudes about women
- Other sexual partners
- Unemployed

### **FAMILY FACTORS THAT INCREASE IPV**

- Marital conflict
- Male dominance
- Low economic status
- Poor family functioning

### **COMMUNITY AND SOCIAL FACTORS THAT INCREASE IPV**

- Gender inequality
- Lack of community cohesion/ resources
- Restrictive laws on divorce
- Restrictive laws on ownership/inheritance
- Cultural acceptance of IPV
- Media portrayal
- Role modeling for children

### **COMMUNITY AND SOCIAL FACTORS THAT INCREASE IPV**

- Women undervalued or treated as property
- Patriarchal, laws, or religious values
- Women low social status, autonomy, power
- Low education, opportunity, SES
- Lack of policy/legal safeguards
- Women in prisons or mental health facilities
- Religion may condone

### **PROTECTIVE FACTORS**

- Secondary education
- High SES
- Formal marriage
- Social support
- Gender equality
- Safe environments
- Good policy and services
- Monitoring and enforcement

### MYTH OR FACT

"If a women is abused she can/should just leave"

• Abused women stay in an abusive relationship for different reasons:

1. Abuser threatens to kill. Up to 50% of abused women are killed within 2 months of leaving
2. Financially dependent on abuser

### MYTH OR FACT (cont'd)

3. Strong beliefs that family must stay together

4. Societal , religious and family pressures to stay

5. Abusers repeatedly express remorse and promise to change

6. Afraid to lose their children

7. Immigration concerns that she will be deported

### MYTH OR FACT

"Substance abuse and stress cause battering"

- Alcohol, drug use and stress do not cause IPV. Abusers use substance abuse and stress as excuses for violence
- However, alcohol and drug may disinhibit abusers and victims and make violence more likely
- Most people under extreme stress do not assault their partners
- Most people who drink heavily do not hit their coworkers or strangers

### COMMON IPV CONCERNS/MISCONCEPTIONS BY MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

- IPV is a social/personal/legal issue; not a mental health one
- The victim may have deserved it by behaviour, dress, location, relationship, alcohol intake
- Frustration that the woman will not leave her partner
- There is nothing useful I can do
- I feel helpless
- I don't have time for this
- The perpetrator may seek revenge on me
- How to deal with abusive partners

### PHYSICAL HEALTH SEQUELAE OF IPV

- Physical: death, fractures, contusions, lacerations, dental injuries, concussion
- Functional physical conditions: GI, MSK, H/A, QOL decrease
- Reproduction: STDs, HIV, sexual problems, miscarriage, infertility, unintended pregnancy, shorter gestation, fetal death

### MENTAL HEALTH SEQUELAE OF IPV

- Emotional:
  - PTSD/complex PTSD,
  - depression, anxiety,
  - sexual problems,
  - sleep & eating disorders,
  - suicide, self harm
  - chronic pain,
  - psychosis
- Risky behaviours: substance abuse, sex

### EFFECT OF IPV ON CHILDREN

- Children usually know (hear, see)
- Estimated 362 000 children in Canada
- IPV more common in families with younger than older children
- Child may also experience abuse
- May suffer psychological effects from IPV-behaviour or psychological
- Poor role modelling
- More likely to become victims or abusers as adults: "intergenerational violence"

### SOCIO-ECONOMIC COSTS OF IPV

- Isolation of victims
- Inability to work/attend school
- Lost wages/education
- Unable to participate in regular activities
- Inability to care for selves or children
- 5-20% of health years of life lost (15-44 years)
- As serious cause of death/disability as cancer
- 2x medical, 8x mental health visits (USA)

### SYSTEMATIC REVIEW OF PSYCHIATRIC PATIENTS AND IPV

- 42 studies of inpatient and outpatient psychiatric patients
- Approximately 30% of men and women inpatients and outpatients had lifetime history of IPV
- Often unrecognized by HCP

Oram et al. 2013

### SYSTEMATIC REVIEW OF PSYCHIATRIC PATIENTS AND IPV

- 41 studies
- Women with depressive disorders OR=2.77 IPV  
anxiety disorders OR=4.08 IPV  
PTSD OR=7.34 IPV  
compared to women without a mental disorder

Trevillion et al. 2012

### SCREENING FOR IPV?

- Cochrane Review examined 8 studies involving 10, 074 women
- Screening doubled the likelihood of identifying abused women
- Did NOT increase referral rates, re-exposure to violence, or health measure outcomes
- Authors concluded "Insufficient evidence to justify universal IPV screening in healthcare setting"
- BUT due to high prevalence in mental health settings (30%) case finding and a trauma informed model of care for all are essential

### TRAUMA INFORMED MODEL OF CARE

- A program, organization or system that:
  - Realizes the widespread impact of trauma and understands potential paths to recovery
  - Recognizes the stages and symptoms of trauma in clients, family, staff and others in the system
  - Fully integrates knowledge about trauma in policies, proceedings and practices
  - Seeks to actively resist re-traumatization

SAMSA

### **TRAUMA INFORMED MODEL OF CARE**

- **KEY PRINCIPLES:** safety, trustworthiness, transparency, peer support, collaboration, mutuality, empowerment, voice, choice, cultural, historical, gender issues

Substance Abuse and Mental Health Services Admin (SAMSA)

### **CASE FINDING**

- Alert to signs and symptoms of IPV
- Psychological signs/symptoms: depression, anxiety disorders (PTSD), chronic pain, eating disorders, sleep disorders, psychosomatic disorders, substance abuse, self-harm, some personality disorders (BPD), non-affective psychosis
- Inquiry about past or current IPV
- Delays in help seeking or multiple missed appointments

### **CASE FINDING (cont'd)**

- Private, safe, supportive confidential environment (partner not present!)
- May not disclose: fear, censure, embarrassment, shame, economic dependency, worry about child custody, immigration, legal
- Family not used as translator!
- Cultural competence (female interviewer if needed)
- Essential not to increase patient's risk!

### **SIGNS OF POSSIBLE IPV**

- Unexplained injuries (or unlikely explanations)
- Unexplained fear (esp. of partner)
- Social withdrawal from friends or family
- Restricted access to family finances
- Sudden absences or change in plans

### **SOME DISCLOSURE QUESTIONS**

- "It's important for me to understand my patient's safety in close relationships."
- "Sometimes partners or ex-partners use physical force-Is this happening to you?"
- "Have you felt humiliated or emotionally harmed by your partner or ex-partner?"
- "Do you feel safe in your current or previous relationships?"
- "Have you ever been physically threatened or harmed by your partner or ex-partner?"
- "Have you ever been forced to have any kind of sexual activity by your partner or ex-partner?"
- "Do you feel your partner over-controls you in your relationships with family, friends or in financial matters?"

### **"LIVES"**

- Listen: empathic and non-judgmental
- Inquire about needs and concerns (emotional, physical, social, practical)
- Validate: show you believe and understand the victim
- Enhance safety: discuss how protect against further harm
- Support: help connect to services and social support

WHO



### WHEN IPV IS DISCLOSED

- Validation (“Unfortunately this is common in our society.”)
- Affirmation (“Violence is unacceptable – you deserve to feel safe at home.”)
- Support (“There are things we can discuss that can help.”)
- Ask about safety and plan as needed!
- No critical remarks (“Why don’t you just leave?”)
- Respect the individual’s concerns and decisions
- Know local legislation and services
- Refer appropriately to other services
- Document carefully!

### DECISION TO LEAVE PARTNER

- Stages of change (Prochaska)
- Risk of violence increases during and following leaving
- “Do you feel safe to return home today?”
- “Do you have a safety plan?”
- “Does your partner have a weapon?”
- Referral to appropriate services (shelter, legal, advocacy, medical, mental health)
- Court protection orders may be helpful

### IMMEDIATE PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT

- Supportive psychological first aid
- Reassure victim that her reaction is understandable
- Reassure this is a safe, confidential environment
- Ask if it is safe to return home today
- Help mobilize social support
- Assist with referrals to appropriate services: locally
- Educate on effects of trauma: anxiety, hyperarousal, irritability, sleep disturbances, re-experiencing

### PSYCHOLOGICAL GROUNDING METHODS

- Simple strategies to detach from severe emotional pain (flashbacks, anxiety etc)
- Creates a safe place to regain control over overwhelming emotions or “numbing”
- Distraction by focusing on the external world rather than inward
- Examples:
  - touch the chair you are in and describe it
  - Repeat a safe statement “I am safe here”
  - Think about a soothing scene
  - Tap feet on the floor

### IMMEDIATE PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT

- Use grounding techniques and focus on present if needed
- If psychological supports do not work can use short term benzodiazepines for severe anxiety
- **NO** evidence for propranolol, escitalopram, temazepam, gabapentin to prevent PTSD
- Depends on patient, abuse, relationship, readiness for changes, resilience, culture
- Follow-up visit and inform family doctor

### ADVOCACY INTERVENTIONS

- Facilitation for shelters, emergency housing
- Informal counselling and ongoing support
- Safety planning advice
- Legal and financial services
- Intensive counselling > 12 hours reduced IPV and improved QOL

Wathen and McMillan 2003  
Cochrane Review 2009

### **THERAPIST CONSIDERATIONS**

- Recognize connections of symptoms with trauma
- Pay attention to safety concerns
- Consider other co-morbidities
- Recognize difficulties with trust
- Don't push her to leave
- Pay attention to countertransference
- Affect regulation and how to process emotions safely (without alcohol)
- Couple therapy not safe in serious abuse

### **ANXIETY DISORDERS AND DEPRESSION**

- Common after IPV
- CBT should include traumatic exposure
- Address cognitive distortions
- Develop exposure therapy for anxiety considering trauma
- SSRI/SNRI may be useful
- Benzodiazepines only short term for severe anxiety

### **POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)**

- Follows exposure to traumatic stressor
- DSM-5 lists only PTSD
- ICD-11 also includes complex PTSD
- Both PTSD and complex PTSD include re-experiencing, avoidance and sense of threat
- Complex PTSD also includes affect dysregulation, negative self-concept and interpersonal disturbances following severe or prolonged stressor

A. Maercker et al. The Lancet 2013

### **POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)**

- Studies restricted to after leaving IPV
- Most studies include victims of other violence
- Poor quality studies
- Cochrane Review shows effectiveness in IPV:
  - individual trauma-focused CBT (TFCBT)
  - Non-trauma focused CBT
  - Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)
  - Better than waitlist or other therapies

Bisson JI et al. 2013

### **TRAUMA FOCUSED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (TFCBT)**

- Focuses on traumatic event
- Imagined or in vivo exposure treatment
- Direct challenging of maladaptive cognitions
- Related to the event or its sequelae
- Individual vs group

### **EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR)**

- Standardized procedure to focus simultaneously on
  - a) Spontaneous associations of traumatic images, thoughts, emotions, bodily sensations and
  - b) Bilateral stimulation, usually horizontal repetitive eye movements
- It does NOT include detailed description of the event, direct challenging of beliefs or extended exposure as in CBT

### THERAPY FOR PTSD

- Exposure therapy, cognitive processing therapy, cognitive therapy, CBT, EMDR and narrative exposure therapies
- Fluoxetine, paroxetine\*, sertraline, venlafaxine
- Topiramate\*
- All improved PTSD to some degree
- Antipsychotics only for psychotic symptoms!
- Adrenergic inhibitors not useful

AHRQ 2013

### SUBSTANCE USE DISORDERS (SUD)

- May antedate IPV or be a coping mechanism
- Can combine individual TFCBT for IPV with SUD therapy
- Reduces PTSD severity and SUD
- Group interventions did not work

Roberts NP et al 2015

### WHO GUIDELINES

- Mobilize social support
- Coping strategies: written materials (safety)
- Appropriate referrals (legal, housing, advocacy)
- Service directory including shelters
- Services 24/7 / Hotlines
- Psychosocial support/ counseling
- Assess for mental health problems (PTSD, substance abuse, depression, anxiety, self-harm, sleep) and refer appropriately

Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines (2013)

### USEFUL RESOURCES

- Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- WHO Clinical Handbook "Healthcare for Women subjected to Intimate Partner Violence and Sexual Violence"  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>

### PERPETRATORS

- May have been exposed to IPV or abuse as a child
- Family /society/beliefs condone IPV
- May need to control partner or have anger management problems
- May have a personality disorder
- May be alcoholic or have other substance use disorder
- May be depressed/psychotic or other mental health disorder
- May have dementia or other organic brain syndrome
- Refer appropriately to another provider/service
- Important not to increase danger to the victim!

### WHAT ABUSED WOMEN WANT

- Healthcare providers to listen, believe, express concern, be non-judgmental
- Make appropriate referrals to shelter, social, physical and mental health services, legal services
- Clarify legal status "IPV is a crime in this country"
- Warn about need to report to child welfare if applicable
- Discussion about safety
- Emotional validation and support!

G Feder 2006

## **SEXUAL VIOLENCE WPA CURRICULUM**

Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC  
University Professor  
Senior Scientist  
Founding Chair of Women's Health  
University Health Network, University of Toronto  
CANADA

## **SEXUAL VIOLENCE**

- Any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic or otherwise directed against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home or work

WHO 2011

## **SOME TYPES OF SEXUAL VIOLENCE**

- Coercive penetration of vagina, anus, mouth
- Attempted penetration of orifice
- Drug facilitated sexual violence
- Threats
- Unwanted sexual advances
- Sexual harassment
- Incest/child sexual abuse

## **COERCION**

- Varying degrees of force
- Psychological intimidation
- Blackmail
- Threats (of physical harm, not obtaining a job/grade etc)
- Unable to give consent (drugged, intoxicated, mentally incapacitated)
- Forced to do something sexual that she finds degrading/humiliating
- Forced marriage or co-habitation

WHO 2011

## **PERPETRATORS**

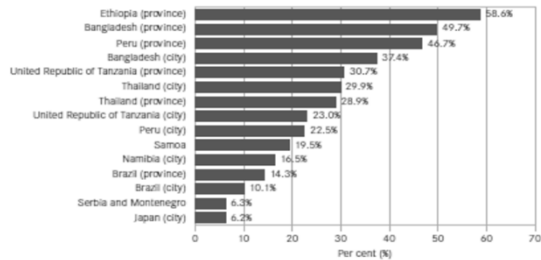
- Stranger
- Acquaintance
- Family member
- Intimate partner
- Combatants during/post conflict/war
- During humanitarian crises

## **PREVALENCE GREATLY UNDERREPORTED**

- Inadequate support systems
- Shame
- Risk/fear of retaliation
- Risk/fear being blamed
- Risk/fear of not being believed
- Risk/fear of being socially ostracized

## PREVALENCE CAN HAPPEN ANYWHERE!

Percentage of ever-partnered women aged 15–49 years who reported sexual intimate partner violence ever, after the age of 15 years (3)



WHO 2005

## RAPE MYTHS

- No really means yes
- Women love to be taken by force
- She was asking for it!
- She provoked it (dress, location)
- Women “cry rape” to punish men

WHO 2005

## CHILDHOOD ABUSE

- Underreported
- Global prevalence of childhood sexual abuse 27% in girls, 14% boys
- Rates vary greatly but occurs in all countries
- Perpetrators are often known to the victim (family, neighbours, position of trust)
- Violence and harassment may occur at home, school, work
- Victimization in childhood is associated with later perpetration

WHO 2012

## ECOLOGICAL MODEL OF FACTORS FOR SEXUAL VIOLENCE

- Individual: alcohol, drugs, antisocial, exposure as child, low education
- Relationship: unequal, multiple partners, infidelity
- Community: male superiority, acceptance
- Social: few community or legal sanctions

WHO 2012

## HEALTH CONSEQUENCES

- Mental: depression, anxiety, PTSD, insomnia, somatization, suicide
- Behavioural: high risk, sexual dysfunction, substance abuse
- Social: isolation, shunning
- Physical: STD's, pregnancy, HIV, trauma

WHO 2012

## OTHER MENTAL PRESENTATIONS

- Dissociation (zoning out)
- Cutting (self-harm)
- Eating disorders
- Anger (distance=safety)
- Relationship problems
- Distorted thinking
- Self blame/guilt/doubt

### **MEDICAL RESPONSE TO VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE**

- Psychological support- immediate and follow-up
- Treat physical injuries
- Pregnancy test, emergency contraception
- Treatment and prophylaxis for STI's
- Consider prophylaxis for HIV
- Forensic examination/specimen collection
- Social and legal services
- Plan for self-care
- Enhance safety
- Document carefully!

WHO 2012

### **"LIVES"**

- Listen: empathic and non-judgmental
- Inquire about needs and concerns (emotional, physical, social, practical)
- Validate: show you believe and understand the victim
- Enhance safety: discuss how protect against further harm
- Support: help connect to services and social support

WHO

### **PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT**

- Offer support at each meeting "LIVES"
- Use grounding techniques if necessary for extreme anxiety/dissociation
- Help strengthen positive coping methods (sleep, pleasant activity etc)
- Explore social support and encourage its use
- Psycho-education
- Demonstrate stress reduction exercises (breathing, muscle relaxation)
- Mental status exam
- Diagnosis
- Treatment: psychological, medications if needed
- Follow-up appointments for further support

WHO 2012

### **PTSD EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS**

- Cognitive behavioural therapy (CBT)
- Trauma focused CBT
- Interpersonal therapy (IPT)
- Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)
- SSRI antidepressants may be helpful

## **RECURSOS 4**

### CASOS CLÍNICOS Y PAUTAS PARA LA ENSEÑANZA

## **RECURSO 4**

### **Historial clínico y puntos para la enseñanza**

Las siguientes 12 historias clínicas incluyen factores en común sobre la violencia de pareja (VP) y violencia sexual (VS) que fueron observadas por pasantes y proveedores de salud mental. Estos pacientes fueron atendidos en el departamento de emergencia de clínicas de salud mental, consultorios o en hospitales rurales de cada distrito por el personal con diferentes niveles de entrenamiento y experiencia. Los pacientes de estas historias clínicas incluyen a la esposa del alcalde de la ciudad, una estudiante de medicina, una mujer con trastorno bipolar, una paciente suicida, una sobreviviente a un conflicto armado, una mujer en fase posnatal, una mujer afectada por abuso sexual, una lesbiana, niños expuestos a VP y pacientes que sufren ansiedad, depresión, estrés postraumático y somatización. Cada historia tiene puntos de enseñanza que incluyen información clave, factores de riesgo, alcances clínicos y consideraciones para el tratamiento que pueden ser usadas para guiar las discusiones para el aprendizaje.



### **Evaluación del departamento de emergencia de la violencia de pareja**

Miriam, esposa de 28 años del alcalde de la ciudad, llega al departamento de emergencia con una laceración en la mano y una contusión alrededor del ojo derecho. Está llorando y tiembla de miedo. Su esposo reporta que Miriam tropezó mientras cortaba un melón y, como consecuencia, se lastimó y eso le produjo el corte y el moretón. El estudiante de medicina le pide al esposo, respetuosamente y con firmeza, que se retire a la sala de espera. El hombre objeta antes de hacerlo.

Sus heridas físicas son tratadas. Después de eso, el estudiante le pregunta en confianza a Miriam si se siente a salvo ahí y por qué llora. Miriam quiere saber si la conversación puede ser confidencial, y él así lo promete. Ella sigue llorando. El estudiante le pregunta si le tiene miedo a alguien y si se siente a salvo en casa. Ella revela que su esposo se molestó y se puso agresivo cuando vio que su cena no estaba lista, así que le golpeó en el ojo. Ella intentó evitar que la siguiera golpeando al levantar en el aire el cuchillo que estaba usando para picar el melón, pero él lo tomó y con el forcejeo ocurrió el corte. Miriam reporta que este ha sido el episodio más severo, pero que él ya ha sido anteriormente abusivo de manera psicológica y la ha controlado durante dos años, sobre todo cuando toma. Ella reporta sentirse ansiosa y deprimida.

El estudiante escucha con empatía y le dice a Miriam, con comprensión y amabilidad, que desafortunadamente la violencia de pareja, tanto física como psicológica, es común y afecta a una de cada tres mujeres a lo largo de su vida. El joven le dice que merece sentirse a salvo en casa y que hay recomendaciones para ayudarla. El estudiante le habla de los refugios locales, los servicios de ayuda social y de salud mental y le pregunta si se siente a salvo si regresa a casa ese mismo día. El estudiante averigua a qué servicios estaría dispuesta a acudir y la refiere adecuadamente al darle el número del refugio local y de los otros servicios sociales. Con cuidado, documenta a detalle la conversación en los registros médicos. El seguimiento con el médico de la familia de la mujer es acordado, con su consentimiento.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Toma los datos en un lugar privado sin la pareja presente.
- Pregunta qué provocó la herida y se muestra alerta ante un posible caso de VP.
- El abuso psicológico normalmente precede al abuso físico.
- El alcohol desinhibe al perpetrador y hace que la víctima sea menos capaz de responder adecuadamente.
- La importancia de usar el modelo "LIVES" (Escuchar, preguntar, validar, aumentar la seguridad y apoyar) al tratar a víctimas de cualquier tipo de VP.
- El daño y la discusión deben ser cuidadosamente documentados en el historial.
- Referir al paciente a los servicios adecuados y hacer un seguimiento es importante, así como también es imperativo desarrollar una lista de servicios locales y cómo contactarlos de manera segura (electrónico, por teléfono, carta o en persona).

### **Presentación en el departamento de emergencias después de violencia sexual**

Janet, una estudiante de medicina de 23 años, ha sido traída al departamento de emergencias por su supervisor clínico, a quien le preocupa porque “Janet parecía estar en trance y no ser capaz o no querer hablar en la mañana”. El médico de turno confirma las observaciones del supervisor clínico y no encuentra anomalías en el examen físico ni en los exámenes de laboratorio, aparte de reacciones exageradas ante ruidos fuertes en el pasillo. Después de eso, solicita ayuda de un psiquiatra.

El psiquiatra residente pide que se vayan a un cuarto tranquilo y privado, y después de sentarla, le ofrece a Janet un vaso de agua. El residente espera pacientemente unos minutos, y después le pregunta con tono suave: “Janet, ¿qué te ocurrió?”. Después de un minuto de silencio, una lágrima corre por su cara, seguida de un fuerte sollozo. Ella le cuenta que fue a un club nocturno con sus compañeros de clases la noche anterior, para celebrar el cumpleaños de un colega.

Media hora después de su primer vaso de vino, empezó a sentirse mareada y con náuseas, así que fue al baño de las mujeres en el sótano. Se percató de un guardia del club detrás de ella y le sorprendió verlo aproximarse al baño. Abrió la puerta rápidamente y con rudeza la empujó dentro de un cubículo, antes de amordazarla, golpearla y violarla. Al subir las escaleras, le dijo: “Si le dices a alguien, te mato”. Ella, tambaleándose, subió las escaleras, se fue estupefacta a su casa, lloró profundamente, se acostó en su cama y durmió hasta la mañana siguiente. Se despertó, se bañó y se fue a sus rondas matutinas en el hospital.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Esto demuestra una violación, incluyendo abuso físico, psicológico y sexual.
- VS le puede pasar a cualquiera. ¿Quién tiene mayor riesgo?
- Las drogas y el alcohol le abren las puertas a cualquier abuso (inclusive las drogas de violación). ¿Qué perjuicio le habrá ocurrido a Janet?
- Reacciones variadas ante el trauma (trance, silencio, hiperventilación, agitación, turbación, entre otras).
- Cómo preguntar sobre VS de una manera empática. Discutir el acrónimo “LIVES”.
- La importancia de la privacidad y sensación de seguridad al preguntarle.
- Problemas de confidencialidad con respecto a los deseos de la mujer y cómo reportarlo a las autoridades (cuando no fue solicitado).
- Evaluación del ambiente emocional y del sistema de soporte.
- ¿Qué intervenciones de salud mental deben ser consideradas?
- ¿Qué secuela psicológica puede ocurrir?
- Conocimiento de las leyes locales y los recursos.
- Planificación segura.
- Planificación para la seguridad de la paciente
- Consideraciones sobre prevención ante un embarazo, enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis C, VIH y posible exposición posterior a profilaxis.
- ¿Qué hacer? ¿Seguimiento?

### **Una mujer con trastorno bipolar que ha sido abusada sexualmente**

Eres un psiquiatra que ha sido llamado al servicio de emergencias a las 12:30 de la mañana para evaluar a una mujer de 32 años que ha sido encontrada en el parque por la policía y que sospechan que ha sido abusada sexualmente. El equipo médico ya la revisó, le dieron primeros auxilios y tomó muestras para documentación médico-legal.

Durante el examen mental, descubres que está impaciente y altamente irritable. Te dice que su nombre es Mary y que fue al parque tarde en la noche para plantar árboles y prevenir el Calentamiento Global. Siente que esa es su misión. Te dice que dos hombres que estaban en el parque la fastidiaron y, cuando protestó, abusaron sexualmente de ella. La policía la encontró sentada en un banco del parque, semidesnuda, y la trajo al departamento de emergencias.

Es capaz de darte una descripción de lo que pasó, pero parece desconectada al darte los detalles. Cuando le preguntas si ha ido anteriormente al psiquiatra, te dice que la han hospitalizado por depresión dos veces y que toma medicinas, aunque con irregularidad. Dice que estuvo leyendo sobre el cambio climático esa noche y que dejó la casa para ir a plantar árboles en la ciudad después de ver un programa en la televisión sobre los problemas ambientales. Dice que le gustaría volver a salir a plantar árboles, y es incapaz de darte una dirección de casa coherente. Tu joven colega duda que sea verdad, ya que no parece alterarse al describir el abuso sexual.

#### **Puntos para la enseñanza:**

- Por qué las mujeres con enfermedades mentales severas tienen mayor riesgo de sufrir VS.
- Reacciones variadas ante la violencia sexual (trance, desconexión, silencio, hiperventilación, agitación, turbación, entre otras).
- Evaluación legal competente de una mujer con una enfermedad mental. ¿Qué intervención mental deberías considerar?
- ¿Qué secuela psicológica puede ocurrir y cómo impactará el curso de su actual episodio de enfermedad mental?
- Planificación de seguridad para prevenir futuros episodios.
- Consideraciones sobre prevención ante un embarazo, enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis C, VIH y posible exposición posterior a profilaxis.
- ¿Qué hacer? ¿Seguimiento?

### **Pensamientos suicidas y violencia de pareja**

La señora G, una economista de 32 años, se presenta en el departamento de emergencias, acompañada por su pareja, porque tomó una sobredosis de benzodiacepina en un aparente intento de suicidio. El psiquiatra le pide a la pareja que tome asiento en la sala de espera y le pregunta a la mujer qué pasó. La paciente es directora de la oficina regional y le va muy bien, aunque no participa en las actividades fuera de la oficina por causa de la conducta controladora de su pareja. Ella revela que su padre es un alcohólico que frecuentemente golpea a su madre pero que siempre fue muy respetuoso con ella (paciente). Sus padres viven en otra ciudad y pocas veces la visitan ya que no les gusta su pareja. Ella lleva tres meses pensando en el suicidio, desde que su pareja la golpeó por llegar tarde a la casa después de quedarse trabajando horas extras en la oficina. No tiene amigos y se siente muy aislada de su familia. Este episodio violento es el peor incidente en una larga historia de recriminación, interrogatorios e insultos. El psiquiatra le dice que el comportamiento de su pareja no es aceptable, que es nocivo para la salud mental de la mujer y que puede estar ligado a su deseo de morir. Él la refiere a su clínica de salud mental y otros servicios (legal, trabajo social, etc.) por si siente que los necesita. El doctor también le indica que la violencia es muy común y que le pasa a toda clase de mujeres, de cualquier profesión, y que no es su culpa.

El psiquiatra realiza un examen completo de su salud mental y le diagnostica depresión, de moderada a severa, con ideación suicida. Él refiere a la señora G. para un seguimiento en una clínica mental.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Ideación suicida e intentos de suicidio en mujeres pueden estar ligados a VP, así que la exposición a VP debe ser explorada en aquellas mujeres que tengan ideación o intentos suicidas.
- Falta de apoyo social o familiar deja a la mujer en riesgo de VP.
- El historial de exposición a VP de sus padres es importante (un ciclo de violencia intergeneracional).
- Las mujeres con depresión, ideación suicida o alcoholismo deben ser referidas para un tratamiento de acuerdo con el las guías de práctica clínica actualizadas actual.
- La relación entre VP y los intentos suicidas deben ser explicados en el historial clínico.

**Presentación física en una clínica rural de violencia sexual anterior.**

Una mujer del campo de 46 años se presenta en un hospital rural del distrito con dolor crónico. El estudiante de medicina recolecta información sobre el historial de la mujer con un intérprete, ya que el paciente habla en otro idioma. Trabajar con el intérprete es difícil ya que el paciente habla en un suspiro monocorde. El paciente no hace contacto visual, sólo tiene la Mirada perdida. A excepción del dolor crónico, ella está sana y no toma medicamentos, ni siquiera medicamentos para el dolor, ya que no puede costearlos. El estudiante le pide más detalles sobre el dolor. La paciente no puede recordar cuándo comenzó, sólo puede decir que fue “hace muchos, muchos años”. Se trata de un leve dolor en la pelvis que viene y se va aleatoriamente varias veces al mes. Niega haber tenido algún factor agravante o que mejorara el dolor. El estudiante le pregunta si es sexualmente activa, y ella parece visiblemente triste con esta pregunta, así que baja la mirada al suelo.

El estudiante le permite varios minutos de silencio, para después darse cuenta de que ahora la paciente está llorando. El joven le ofrece un pañuelo, habla en una voz más suave y le pregunta si tiene una relación íntima. La paciente asiente. Él le pregunta si su pareja alguna vez la ha hecho sentir amenazada y ella sacude la cabeza: su pareja es amable y gentil con ella, aunque a veces no puede tener relaciones con él. El estudiante le pregunta por qué, y ella responde que la razón es “porque la hace recordar”. El joven le pregunta gentilmente qué es lo que recuerda y ella hace una pausa. Él le vuelve a preguntar y ella responde que hace que recuerde cuando la detuvieron los soldados al huir de su pueblo durante la guerra. Fue violada por los seis soldados, uno detrás del otro, para después ser abandonada en una zanja.

**Puntos para la enseñanza:**

- Contexto local y riesgo de explorar problemas relacionados a su experiencia sexual pasada.
- La dificultad de usar intérpretes debido a temas sensibles.
- Presenta varios síntomas (somatización) a partir de la violencia sexual.
- La secuela crónica de la violencia sexual pasada.
- Ayudarla a identificar las fuentes de ayuda social.
- Tratamiento psicológico – incluyendo técnicas de reducción de estrés.

### **Consultas de salud mental y violencia de pareja**

Un médico de la familia refiere a María, de 32 años, a un psiquiatra para tratamientos de ansiedad y depresión. María cambia la cita de la consulta tres veces antes de asistir a tu oficina. Se ve visiblemente ansiosa cuando le preguntas sobre su relación íntima con su pareja. Cuando le comentas que te percatas de eso, ella parece verse más ansiosa y, con lágrimas en los ojos, responde: "Mi pareja es difícil, sobre todo desde que perdió su trabajo. Pero yo estoy aquí por mi ansiedad y porque mis medicinas no funcionan". Le preguntas más sobre su pareja y ella dice: "No quiero hablar de él". Le preguntas si se siente a salvo en casa y ella comienza a llorar, mientras sacude la cabeza. "No". Reporta que su pareja abusa de ella verbalmente, y a veces físicamente. Le preguntas si se siente a salvo regresando a casa hoy y ella dice que él se fue del país durante 10 días. Le dices que la violencia familiar es ilegal y que todos merecen sentirse a salvo en casa. Le das información escrita sobre recursos en la comunidad y desarrollas un plan de seguridad con ella. Acuerdas una segunda cita una semana después para discutir su relación y el tratamiento para la ansiedad y la depresión.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Las mujeres mayores también pueden sufrir de VP.
- El desempleo de la pareja es un factor de riesgo en la VP.
- Las razones que la refieren pueden no incluir la VP.
- El cambio de las citas puede ser una señal de VP.
- Renuencia o ansiedad al hablar sobre su relación puede ser un indicador de VP.
- Preguntas seguras pueden desenmascarar la VP.
- La planificación segura es vital: cómo mantener documentos, dinero y ropa a salvo para poder acceder rápidamente a ellos si debe huir. Debe tener un lugar a dónde ir, amigos, familiares o refugios de VP en caso de emergencia.
- Conocimiento de las leyes locales con respecto a órdenes de restricción u otros medios de protección vital.
- ¿Cómo tratarías la ansiedad/depresión?
- ¿Qué referencias pueden ayudar?
- ¿Qué documentarías en su historial?
- ¿Cuál es el peligro de llevar material escrito a casa?

### **Somatización y Violencia de Pareja**

Meena, una mujer de 24 años de edad, se presentó a consultorio externo de psiquiatría con desmayos y lagunas mentales. El médico neurólogo de la familia descartó epilepsia u otras causas de síncope y la refirió a una consulta de salud mental. En la evaluación, ves que ella se queja de fatiga y dolores, sobre todo dolor de cabeza. También dice experimentar desmayos desde hace seis meses, con una frecuencia de al menos una vez a la semana.

Meena lleva 5 años casada y tiene un hijo de cuatro años. Vive con su esposo, su suegra y su cuñada. Cuando le preguntas sobre el estrés, ella parece dubitativa y pregunta si la conversación es confidencial. Después de eso, reporta que su suegra frecuentemente la reprende y a hostiga por el hecho de que sus padres no les hubieran dado suficientes regalos en su boda, y después cuando el niño nació. Cuando le preguntas si su esposo la apoya, ella te dice que él no es de ayuda y que a menudo escucha a su madre y la defiende. La ridiculiza y la humilla frente a sus familiares, la llama tonta y lenta y se burla de ella. En los últimos seis meses, comenzó a pegarle cada vez que llegaba tarde con la cena. Cuando le preguntas: “¿No crees que hay una relación entre la violencia y tus desmayos?”, ella responde: “No estoy segura, pero el dolor de cabeza aumenta cuando me grita, además de que me ha pegado varias veces en la cabeza”.

Le preguntas si se siente a salvo en casa, y ella dice que no, pero que no puede dejarlo por razones sociales. Además, menciona que quizá que la golpeen sea normal, porque sabe que pasa en varios matrimonios.

Le preguntas si tiene heridas y buscas síntomas de depresión y ansiedad, así como también cualquier indicio de pensamientos suicidas o intentos suicidas. Además, le preguntas qué impacto tiene en su hijo y validas sus sentimientos al decir “Creo entender cómo te sientes” y al demostrarle que le crees.

Después, le dices que la violencia no es aceptable y que no la consideras “normal” en los matrimonios, que hay leyes contra la violencia de pareja. Finalmente, le das folletos con números de líneas de ayuda y refugios y mencionas que puede leerlos con calma en la sala de espera, si no quiere llevárselos con ella. Le sugieres que puede haber una relación entre sus emociones y los síntomas físicos, incluyendo los desmayos, así que quizá necesite ayuda psicológica.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Razones de la referencia pueden no incluir la VP.
- Quejas somáticas y disociaciones pueden ser señales de VP.
- La violencia puede ser perpetrada por varios miembros de la familia.
- Considera un posible abuso al evaluar a una mujer que vive con la familia de la pareja.
- Considera el ambiente y apoyo emocional.
- Las mujeres tienden a “normalizar” la VP y sentir que no tiene caso.
- ¿Cómo harías un plan de seguridad para la mujer?
- ¿Cómo tratarías su somatización y su disociación?
- ¿Qué referencias podrían ayudarla?
- ¿Bajo qué circunstancias podría estar su esposo involucrado? ¿Cuándo y cómo?

### **Violencia de pareja en período perinatal**

Tu colega obstetra te refirió a Anita, una nueva madre, porque la encontró angustiada durante una consulta rutinaria posparto. Descubres que Anita se casó con un hombre que conoció en su trabajo como operadora de datos y que sus padres no aceptaron. Evalúas la depresión y ella reporta sentirse triste la mayor parte del tiempo y que tiene dificultades para cuidar a su hijo de dos meses. Cuando le preguntas si ha pensado en hacerse daño, ella dice, dubitativa, que tiene ideas sobre cómo lastimarse muy seguido y que una vez intentó ahorcarse con una corbata, pero que no pudo porque no quería abandonar a su bebé, a quien amaba mucho.

Le preguntas si tiene problemas en casa y ella dice que su esposo, quien era bastante atento al principio, ahora se ha convertido en una persona violenta. Bebe y la golpea. le impide que vaya a casa de su madre y le quitó su teléfono para que no pudiera contactarse con ellos. Todo esto sucedió después de que sus padres lo interrogaran sobre la bebida y su comportamiento abusivo. No le da dinero para los medicamentos del bebé y no la deja regresar al trabajo. Los cambios de conducta en su esposo comenzaron durante su embarazo, pero aumentaron cuando nació la bebé. Su suegra y su suegro a menudo demuestran desaprobación frente a la bebé y frente al hecho de que “llora mucho”.

### **Puntos para la enseñanza:**

- VP durante el embarazo y después del parto es común.
- Una mujer en su período posnatal puede sentir sobrecarga, vulnerabilidad y desaprobación con su bebé por varias razones.
- Es necesario evaluar las diferentes formas de abuso psicológico y conductas controladoras – en este caso, reprimirle por tener una niña, quitarle el teléfono.
- La relación entre VP, hacerse daño y atentar contra su vida. ¿Cómo prevenir la autolesión?
- La necesidad de hacer un plan de seguridad de inmediato, por causa del riesgo a hacerse daño.
- Problemas culturales relacionados al patriarcalismo, género del bebé, naturaleza del matrimonio y el papel de la familia política.
- ¿Cómo aumentas el apoyo y animas a Anita a acudir a los servicios de ayuda?
- ¿Cuáles son los posibles factores de protección en su situación?
- Posibles beneficios de la visita domiciliaria por una enfermera para dar educación acerca de depresión, sexo del bebe, cuidado del bebe, durante el embarazo y no solamente en el post parto
- Ventajas de una licencia por paternidad mas prolongada: mayor compromiso del padre en la crianza del bebe



### **Etapas de cambio en la revelación de la violencia de pareja**

Una mujer de 45 años es referida a un médico psiquiatra para un “tratamiento contra la depresión” después de que su psiquiatra anterior la trató durante dos años, sin éxito. La mujer niega, al principio, un historial de violencia, pero al final de la primera entrevista, pregunta: “¿Esto también incluye el abuso de un ex novio?”. Cuando el psiquiatra asiente, la paciente dice: “Me he preguntado sobre eso, pero necesitaba más tiempo para pensar”. En su segunda cita, se le pide que hable sobre sus declaraciones anteriores y ella, después de asegurarse de que la información es confidencial, revela que tuvo 3 años de abuso psicológico, maltrato y acoso.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Hay etapas de cambio al revelar la VP: pre contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y terminación.
- Los pacientes pueden no revelar VP en sus primeras visitas o en entrevistas previas.
- Los pacientes están más dispuestos a revelar la VP cuando se sienten en confianza con el psiquiatra, a salvo y cuando están seguros de la confidencialidad.
- Parejas previas pueden cometer VP, inclusive el acoso.
- Evaluación y tratamiento de la depresión/ansiedad debe incluir la discusión de VP y su Relación con los síntomas.

### **Tratamiento de estrés postraumático después de violencia sexual (o violencia de pareja)**

Un médico de familia refiere a una mujer de 25 años que fue violada seis meses atrás por su ex pareja a un psiquiatra de la comunidad para tratar recuerdos intrusivos del abuso, sueños angustiantes, memorias, evasión a estar sola, tristeza, ansiedad, problemas para concentrarse, paranoia e incapacidad para trabajar. La mujer estaba bien anteriormente y no tiene historial psiquiátrico.

#### **Puntos para la enseñanza:**

- ¿Cuál es el diagnóstico (provisional) y cuáles son los diagnósticos diferenciales?
- Si el diagnóstico es PTSD (estrés postraumático), ¿qué terapia es la recomendada?
- La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) que incluye un enfoque en el trauma (por ej, terapia de exposición) y EMDR son óptimas.
- Recaptación de inhibidores selectivos de serotonina (RISS's)/ Recaptación de inhibidores de norepinefrina-serotonina (RINS's) puede ayudar, pero la benzodiacepina no.
- El control del estrés puede ayudar.
- ¿Qué información debe contener el reporte de la consulta?

### **Ex pareja del mismo sexo y violencia de pareja**

Marie, una mujer soltera de 36 años, es referida a un psiquiatra con un historial de 3 años de síntomas de ansiedad crónica que no responden a los medicamentos. Cuando se le pregunta sobre relaciones pasadas, ella reporta que dejó hace dos años a una pareja del mismo sexo que era controladora y que abusaba de ella verbalmente, pero que esta mujer todavía la hostiga por teléfono en el trabajo o desde internet y a veces la sigue hasta el trabajo. Su ex novia también la amenaza con fotos íntimas que tiene en la computadora. Marie trabaja para una compañía conservadora y tiene miedo de que su ex pareja revele información sobre su relación pasada.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Parejas anteriores pueden perpetrar VP.
- VP ocurre tanto en parejas homosexuales como heterosexuales.
- El acoso y el hostigamiento son variantes de VP.
- Amenazas con fotos íntimas o detalles de la relación sexual por parejas anteriores (o parejas actuales sin permiso de la mujer) son variantes de VP.
- Ambientes conservadores/homofóbicos pueden impedir que el paciente revele VP con una pareja del mismo sexo.

### **Niños expuestos a la violencia de parejas**

Stephen, un niño de 8 años que cursa tercer grado, se la pasaba peleando en la escuela. Tuvo problemas con sus notas, pero se negó a quedarse horas extras en la escuela para recibir ayuda. Su madre lo llevó a un pediatra, quien le diagnosticó déficit de atención y trastorno hiperactivo (ADHD) y le prescribió medicamentos estimulantes. Los problemas de Stephen aumentaron y un día fue llevado a la oficina del director por haber herido a otro niño. El hermano menor de Stephen, Edward, comenzó a demostrar los mismos problemas. El pediatra refiere a ambos niños a una clínica de salud mental para pacientes externos.

Cuando Stephen y Edward llegan a la clínica con su madre, ella dice que su esposo, el padre de los niños, trabaja en las noches y que no podrá asistir a ninguna de las citas durante el día. En las entrevistas individuales con su madre, ella se disculpa nuevamente por el hecho de que su pareja no pueda asistir a las citas, pero insiste en que nadie debe intentar contactarlo. Al hablar sobre su pareja, la madre se ve sumisa y no hace contacto visual.

Se le pregunta a la madre sobre su relación familiar. Ella reporta que su esposo tiene un fuerte temperamento, pero que la mayoría del tiempo se porta bien, a excepción de cuando toma. Al preguntarle si le preocupa la seguridad de cualquier miembro de la familia, ella dice que tiene mucho cuidado de no dejar solo al padre con los niños. Cuando se le pregunta sobre su propia seguridad, ella dice que le han pegado dos veces en la cabeza y que una vez le lanzó el teléfono, pero que nunca tuvo heridas graves. Se le pregunta sobre la exposición de Stephen y Edward a estos problemas de pareja, y ella dice que se asegura de que ellos nunca se enteren de dichos problemas entre ella y su marido.

Stephen y Edward son entrevistados individualmente por un psiquiatra infantil. Stephen se niega a responder preguntas al inicio, pero cuando se le pregunta sobre sus preocupaciones con respecto a los miembros de la familia, dice que le preocupa que su madre salga lastimada mientras él está en la escuela. Edward dice que Stephen lo cuida y que le prepara el desayuno en las mañanas; su madre normalmente está dormida cuando salen a clases.

### **Puntos para la enseñanza:**

- Problemas de conducta en los niños, incluyendo ADHD, pueden estar asociados a la exposición a VP, que provoca ansiedad o estrés postraumático.
  - La importancia de evaluar todo tipo de maltrato.
  - Abordaje para entrevistar a cada miembro de la familia sobre su experiencia en casa.
  - El uso excesivo de alcohol es un indicador de riesgo de VP.
  - Diversos tipos de VP no suelen ser identificados como VP por la víctima.
  - Preguntarles a los niños sobre su experiencia diaria en la familia para identificar problemas a menudo vinculados con VP, tales como abandono.
  - Padres cuidadosos normalmente subestiman las probabilidades de exposición que sus hijos tienen a la VP.
  - La importancia de evaluar la seguridad de cada miembro de la familia.
- La necesidad de entender el cuidado dado a los hijos.
- Discusión sobre ayudar a la madre y a los dos niños; prioridades incluyen no comprometer su seguridad, pero ayudarla a ver la relación entre los problemas de sus hijos y su exposición a VP.
  - ¿Qué hacer? ¿Seguimiento?

## **RECURSOS 5**

### **TESTIMONIOS EN VIDEO PARA EL APRENDIZAJE.**

## **RECURSO 5**

### **Testimonios e historiales en video para el aprendizaje sobre VP y Salud Mental.**

• **Video 1** – Este video sobre un caso es usado con el permiso del doctor Raed Hawa, Coordinador de Pregrado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, Canadá.

Sitio web: <https://youtu.be/A2ZbG6q3FbA>

• **Video 2** – Este video sobre un caso clínico es usado con el permiso de la Doctora Prabha Chandra, Profesor de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias de Bangalore, India.

Sitio web: <http://www.perinatalpsynimhans.org/video-resources.html>