- Falsas creencias en torno a la obediencia y el respeto.
- Creencia en el valor del castigo, para lograr la disciplina familiar y para solucionar los conflictos de relación.
- Grado de adhesión a los estereotipos de género ligados a los estereotipos culturales.
- Grado de autonomía relativa que no facilita el proceso de individualización hacia el desarrollo de la identidad y autoestima.

Relaciones de pareja fundamentada en el control y dominio de género.

- Privilegio masculino.
- Amenazas.
- Intimidación.
- Abuso emocional.
- Aislamiento.
- Desvalorización, negación y culpabilización.
- Manipulación de los hijos(as).
- Abuso económico.

Crisis del desarrollo del ciclo vital de la familia: Pueden actuar como factores precipitantes de la VIF.

- La pareja de recién casados.
- Hogares con hijos(as) pequeños(as).

- La familia con hijos(as) adolescentes.
- La pareja con hijos(as) en proceso de despegue, desprendimiento o emancipación.
- Reencuentro de la pareja.
- La ancianidad aceptación y valorización.

Crisis familiar

- Divorcio.
- Problema de alcoholismo o consumo de otras drogas en un integrante de la familia.
- Enfermedad física o mental de un integrante de la familia.
- Muerte de un familiar.
- Disfuncionalidad familiar.
- Otros.

Métodos de crianza que tienden a disminuir la valoración del individuo (hombre mujer) o que se constituyen en maltrato, porque emplean el castigo como medio para corregir una conducta.

- Sobreprotección.
- Permisividad.
- Negligencia.
- Represivo o militarismo.

Individuales

Niños/as y adolescentes

- Baja autoestima.
- Bajo nivel de información y educación.
- Condiciones particulares (discapacidad, hiperactividad).
- Niños/as menores de 6 años.

Adultos/as mayores

Entre los factores de riesgo que aumentan la violencia intrafamiliar o maltrato en el grupo de adultos(as) mayores podemos mencionar:

- El aislamiento y rechazo de la familia.
- Hacinamiento en la vivienda.
- Baja autoestima del adulto(a) mayor.
- Baja autoestima de los(as) cuidadores(as) (sean familiares o no).
- El abuso de alcohol u otras drogas por parte de quien lo atiende.
- Sufrimiento de maltrato en la niñez por parte del adulto(a) mayor y del cuidador(a).
- Maltrato que sufre el(la) cuidador(a).
- Subvaloración del adulto(a) mayor por parte de otros.
- Conflictos intergeneracionales.

- El estrés de los(as) cuidadores(as).
- Bajo nivel de ingreso.
- Edad avanzada por parte del(a) adulto(a) mayor y/o del cuidador(a).
- Enfermedad subyacente.
- Incapacidad física ó mental.

Mujeres

- *Baja autoestima.*
- *Antecedente de abuso durante la infancia.*
- *Bajo nivel de información y educación.*
- Perteneciente a una familia con rigidez en la jerarquización.
- Dependencia física, económica y emocional.
- Viudez.
- Alcoholismo.
- Desconocimiento de la atención.

Factores de riesgo que predisponen a ser abusador(a):

Personas Menores de edad

- Hijos(as) de padres machistas, alcohólicos y drogadictos.
- Crianza en hogares con violencia intrafamiliar.
- Iniciación en actividades sexuales prematuras en prostíbulos.
- Conducta sexual inadecuada (manoseo de las áreas genitales a los otros niños/as).

- Trastornos de personalidad.
- Celebración y reforzamiento de las personas adultas hacia los gestos sexuales en el niño/a.
- Ver revistas y videos pornográficos.
- Deficiencias o carencias de control de los programas televisivos.
- Falta de cariño y afecto por padres o personas significativas.
- Desintegración familiar.
- Adolescentes que participan en pandillas.
- Familias incompletas.
- Internamientos en centros de menores rehabilitación (correccionales).
- Internados escolares.

Adultos(as) mayores

- Consumo de alcohol y drogas, trastornos de la personalidad síndrome orgánico.
- Falta de control de impulsos agresivos y sexuales.

Adultos(as):

- Consumo de alcohol y drogas, consumo de revistas y películas pornográficas (severas).
- Víctimas de abuso sexual.
- Pobres controles de conducta.
- Situación económica paupérrima.
- Promiscuidad.

- Masturbación compulsiva.
- Preocupaciones sexuales.
- Preferencia por pornografía, bailes eróticos.

3- Criterios de sospecha de VIF en los servicios de salud.

- Personas en su familia que exprese que vive situaciones que la atemorizan o incomodan?
- Evaluación de signos y síntomas que indican sospecha de Violencia Intrafamiliar.
- Uso frecuente del cuarto de urgencia.
- Cuando la propia víctima lo manifiesta.
- Diferentes lesiones, con diferentes niveles de cicatrización.
- Hallazgo de fracturas no patológicas que pueden estar en diferentes niveles de consolidación.
- Hematomas de tonos diferentes en la misma área de lo ocurrido.
- Lesiones, quemaduras, en áreas anatómicas que no son congruentes con la historia clínica.
- Aborto.
- Niños y niñas menores de 4 años con traumatismos o accidentes.
- Actividades sexuales no propias de niños y niñas.
- Enfermedades de transmisión sexual en niños y niñas
- El rechazo de niño o niña a personas, lugares que anteriormente prefería.
- El intento de suicidio o auto agresión.

- Amenazas o heridas con arma mortal.
- Cambio brusco de comportamiento, estado variable de las emociones, ira, miedo, depresión, trastornos en el sueño, pesadillas y otros.
- Abuso del alcohol o droga.
- Falta de cuidado y de atención en su aspecto físico en la etapa gestacional en niños(as), adultos(as) mayores y personas con discapacidad física, al igual que estados de desnutrición que no se explica.

Prevención secundaria

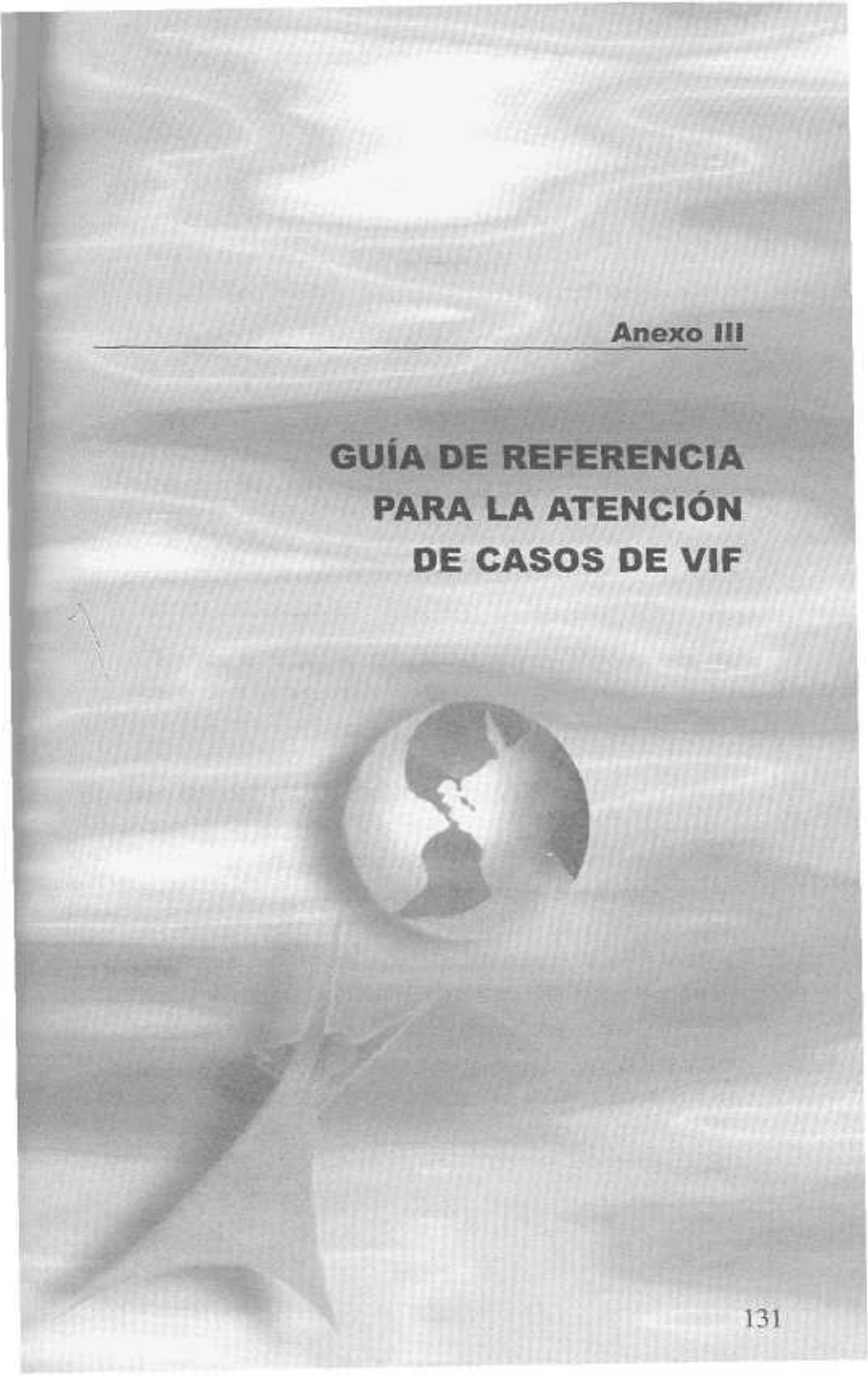
1. Evaluación del riesgo de letalidad de la víctima.
2. Evaluación del ciclo de la violencia.
   - Etapa de acumulación de tensión.
   - El estallido.
   - Luna de miel.
   - Repetición del ciclo.
3. Elaboración del Plan de Seguridad Personal.
4. Integración a grupos de auto ayuda u otras terapias individuales, grupales o familiares.
5. Hospitalización preventiva por seguridad o protección

Prevención terciaria

- Restablecer las funciones físicas, mentales, sexuales y sociales
- Disminuir la discapacidad y la muerte.

Anexo III

GUÍA DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE VIF



1. GUÍA DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE VIF

- Hágale saber a la persona víctima/sobreviviente que la violencia es un crimen, que no está solo(a) y que la violencia que recibe o recibió no es culpa suya, sino de quien le agredió.
- Determine la inmediata seguridad de la persona y desarrolle un plan de seguridad.
- Provea una lista de los recursos comunitarios disponibles.
- Llene la Historia Clínica y el Formulario por Sospecha de VIF y Maltrato al Menor para la denuncia legal, con el consentimiento de la persona sobreviviente o la persona adulta responsable.
- Proceda a hacer la referencia pronta y adecuada del caso para el seguimiento.

Actitud del(la) entrevistador(a)

- Asegúrele a la persona víctima/sobreviviente que usted está preocupado(a) por ella/él y que puede contar con su apoyo, pero resista la tentación de presionarla(o), para que acepte su ayuda, o de contactarla(o) innecesariamente en una fecha posterior. Tal intervención no solo constituye una violación de su privacidad, sino que puede poner a la víctima en mayor peligro. (Ofrezca la posibilidad de que hay opciones en todas y cada una de las situaciones, y de que mañana, se podría disponer de más y mejores condiciones). Ofrezca consuelo, compasión y esperanza.

- Mantenga la firme posición de no realizar terapia familiar o de pareja hasta que la persona que agrede haya recibido tratamiento individual o grupal que le permita tomar responsabilidad por la violencia que ha ejercido y manifieste un compromiso con la no-violencia.

Según el Protocolo de Abusos contra la Mujer. Una experiencia canadiense y el Protocolo de St Joseph Helth Center, se recomiendan las siguientes actitudes:

- No reste importancia al problema.
- No culpe o juzgue a la persona sobreviviente.
- No de consejos, ni tome decisiones por la persona sobreviviente.
- No enfrente al agresor(a).
- No cree excusas que rediman a la persona que agrede.
- Monitoree sus propias reacciones emocionales frente a los casos de VIF que se le presenten, y consulte con sus colegas para garantizar la objetividad.
- Sea sensible, cálido(a) y empático(a) frente a los hechos.
- Complete y registre todos los datos.
- Centre la atención en la persona afectada.
- Encare las preguntas de un modo directo.
- No dañe la sensibilidad de la persona afectada.
- Documente las respuestas de la entrevista.

Desarrollo de la capacidad de observación de la conducta en cuanto a la disposición de la persona afectada

¿Está la persona indeciso(a) o evasivo(a) al describir la causa de las lesiones?

¿Tiene dificultad de mirarle a los ojos, parece estar incómoda(o), avergonzada(o), o asustada(o), desorientada(o) o deprimida(o)? La preocupación de la persona ¿parece ser excesiva con relación a las lesiones?

Puede esperarse que las personas sobrevivientes experimenten traumas de los sucesos que tengan que ver con sus lesiones y su relación con el o la agresor(a).

Creación de una atmósfera de seguridad, respeto y de una actitud empática

- Escuchar con empatía sin emitir juicios revictimizantes al escuchar el relato.
- Decirle en forma clara y directa a la persona sobreviviente que ha hecho lo correcto en buscar ayuda.
- Tratar a la persona sobreviviente como una persona adulta (Señora María) y no por apodos o diminutivos (en caso de personas menores, llamarlos por su nombre)
- Validar las experiencias de victimización y los sentimientos que las mismas produjeron en la persona afectada.

Desarrollar la capacidad de no juzgar, ni interpretar sus emociones ni sus conductas.

- Permitir que la persona sobreviviente pueda expresar su ira.
- Tenga presente que pueden volver la ira que sienten por el(la) agresor(a) hacia el personal de salud. Utilice la sensibilidad en estos casos, a la vez que transmita asertivamente que ningún tipo de violencia será aceptado en las instalaciones de salud.
- Enseñe a la persona sobreviviente que es saludable expresar las emociones y compartirlas con el terapeuta.
- Transmita el mensaje clara y directamente que los actos violentos no tienen justificación y que nadie merece ser agredido. No permita a la persona afectada o a ninguna otra persona que utilice en su lenguaje la revictimización.
- Mantenga la posición que la violencia es siempre responsabilidad de quien la ejerce.
- Bajo ninguna circunstancia acepte minimizar o negar la gravedad de un hecho violento.
- Ayude a la persona sobreviviente a hablar acerca de la agresión y del daño que produce sobre su salud individual y familiar.
- Si usted tiene circunstancias personales o familiares que limiten o imposibiliten que usted atienda casos de VIF, remita el caso a otro miembro del equipo.

Desarrollar la capacidad de escuchar y de respetar el silencio de la persona afectada de la VIF

- Respete el silencio de la persona sobreviviente, no siempre están preparados para admitir la necesidad de ayuda. Además utilice los conocimientos sobre el ciclo de la violencia para comprender que muchas veces es necesario que el ciclo se repita varias veces antes que experimente la necesidad de buscar ayuda.
- Informe a la persona afectada que la VIF es generalizada y que ocurre en todos los estratos sociales.

Desarrollar la capacidad de no involucrarse emocionalmente con la persona afectada.

- El profesional de salud debe reconocer que la mayoria de las(os) sobrevivientes buscan ayuda en momentos de crisis y por ende están limitados en su capacidad de tomar decisiones sostenibles.
- Ayude a la persona sobreviviente a centrarse en sí misma y a romper el mito que existe una fórmula, para que esta persona logre cambiar al agresor(a).
- Enfatice la necesidad de planificar para la seguridad propia. Siempre haga un plan de seguridad personal.
- La violencia crónica limita la capacidad de la víctima de reconocer cuando los niveles de peligro aumentan.
- Nunca le diga a la víctima/sobreviviente que es lo que tiene que hacer. Por el contrario apóyele para que asuma sus propias conclusiones, decisiones y busque soluciones.

- Brinde información necesaria sobre VIF que permita que la persona sobreviviente rompa el aislamiento, los mitos y deje de responsabilizarse por la violencia que ha recibido.
- Informe sobre los recursos asistenciales, las entidades sociales (ONG's y gubernamentales), que puedan brindarle ayuda.

Desarrollar la capacidad de aceptación de los sentimientos de la familia.

Debe considerar que en estas familias con alto potencial de violencia tienen sentimientos de inadecuación, la vergüenza y sobre todo el miedo a la represalia; éstos contribuyen a impedir que muchas personas y especialmente las mujeres, denuncien estos hechos, a lo que se añade que tanto el sistema jurídico legal como policial, hacen este proceso comúnmente complicado. En el niño(a), el testimonio en contra del padre o madre origina serios conflictos de lealtad, sentimientos de culpa; y la amenaza o la separación y abandono de los padres, se constituye en un factor de estrés familiar.

El proceso legal es también un factor de estrés psicosocial que implica un gran desgaste emocional y económico en la familia. Algunas veces los familiares lo perciben como maltrato, sobre todo, cuando los profesionales involucrados se parcializan, toman bandos y responden más a sus intereses que a los del niño/a y de la familia. En muchas ocasiones no son facilitadores, para que la familia llegue a acuerdos o a negociaciones.

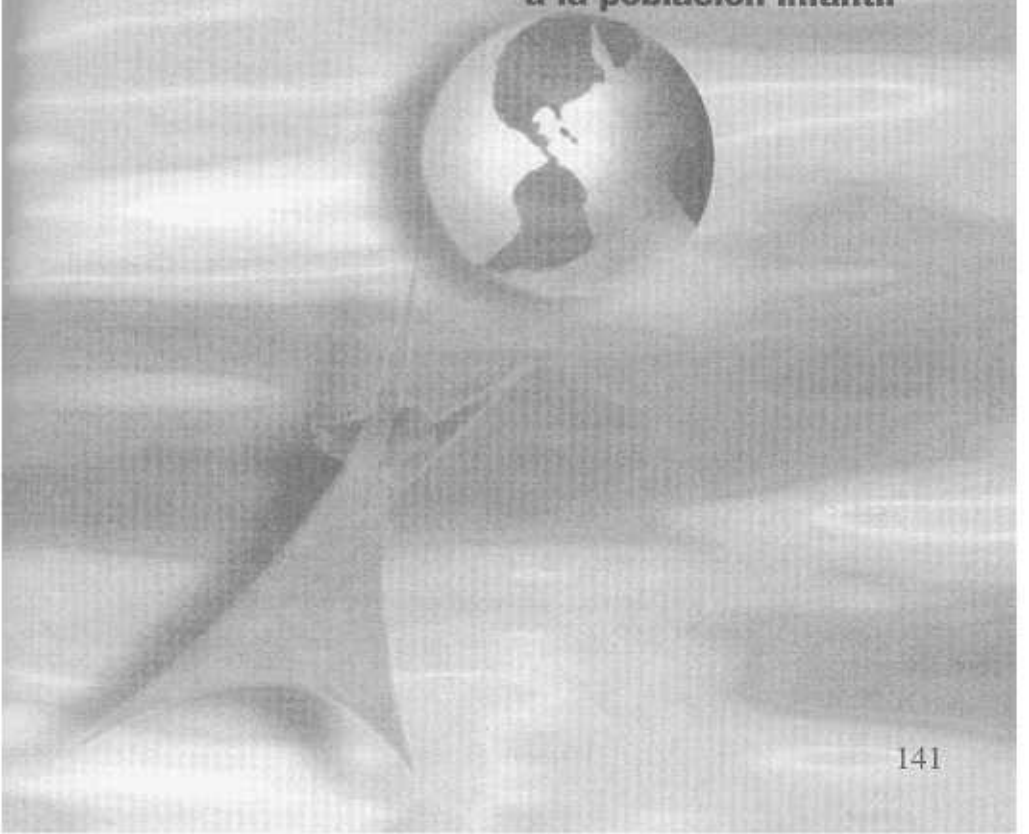
Privacidad y carácter confidencial

Muchas situaciones en las que la información debe ser revelada pueden abordarse ética y legalmente incluyendo a la persona

Anexo IV

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EMOCIONAL Y SOCIAL

Incluye una guía de evaluación aplicada a la población infantil



1. TRATAMIENTO EMOCIONAL

El abordaje emocional y sociofamiliar será parte del Plan de Atención Integral. Este Plan de Atención Integral requiere de la Red Asistencial de Servicios apoyado en un sistema de referencias y contrareferencias.

Guía para la evaluación de la salud mental

Las siguientes áreas de información deben cubrirse en la primera entrevista diagnóstica. Es mejor abordarlas con naturalidad durante la entrevista. Se incluyen como una lista para la persona que entrevista y es la base para iniciar el tratamiento.

- **Patrón de conducta:** nivel de actividad, organización de la actividad, conductas autodestructivas, rutina diaria de la persona afectada.
- **Trastornos somáticos:** síntomas vegetativos, problemas o enfermedades médicas, síntomas psicosomáticos
- **Trastornos del pensamiento:** alteraciones de la memoria o la concentración, contenido del pensamiento, patrones neuróticos, alteraciones formales del pensamiento.
- **Problemas de desadaptación:** familia, amigos/as, matrimonio, trabajo, escuela; problemas sexuales, legales, económicos y espirituales.
- **Alteraciones afectivas:** ira, depresión, ansiedad, euforia, labilidad, inhibición de la afectividad.
- **Consumo de fármacos o drogas:** prescripciones, automedicación, preparados de «alimentos dietéticos»; drogas ilegales; cafeína, nicotina, alcohol.

- **Potencial de violencia o suicidio; victimización o experiencias traumáticas:** averiguar específicamente.

Para cada una de estas categorías la persona que entrevista puede preguntar sobre el comienzo, duración, periodicidad e intensidad de los síntomas. Los síntomas específicos se enumeran en el «Examen del estado mental»

Este Plan de Atención Integral se fundamenta en:

1- En la Consejería en Casos de Crisis Emotiva. El modelo de atención de las crisis va a depender del nivel de atención y especialización del equipo tratante. En este tipo de intervenciones el personal que conforma el equipo de atención del VIF, debe reconocer e identificar la reacción aguda de estrés y el estrés Post-Traumático según los criterios CIE-10.

Pautas para el diagnóstico según CIE 10

1- Hecho traumático de excepcional intensidad (p.ej. violación).

2- El comienzo de los síntomas aparece después de haber ocurrido el trauma.

3- Síntomas característicos de la enfermedad.

   - Evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de en sueño reiteradamente.

Otros síntomas que no son esenciales para el diagnóstico

- Desapego emocional claro, embotamiento afectivo.
- Evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma.
- Falta de capacidad de respuesta al medio.
- Estado de hiperactividad negativa con hipervigilancia.
- Un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y depresión, ideación suicida.
- El consumo excesivo de sustancias psicotropicas o alcohol pueden ser un factor agravante.
- En una pequeña proporción de los casos, el trastorno puede tener un curso crónico hacia una transformación persistente de la personalidad.

Además el equipo interdisciplinario de la VIF debe familiarizarse con los mecanismos de afrontamiento:

- **Nivel de distorsión de imágenes** de uno mismo o de los demás, para regular la autoestima (devaluación idealización, omnipotencia).
- **Nivel de encubrimiento:** Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuido a causa externa (negociación, proyección, racionalización).

- **Nivel mayor de distorsión de las imágenes:** Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás (fantasía autística, identificación proyectiva polarización de la propia imagen o de las demás).

- **Nivel de acción:** ante la amenaza de origen interno o externo hay una acción (agresión pasiva, comportamiento impulsivo, quejas y rechazo de ayuda, retirada apática).

- **Nivel de desequilibrio defensivo:** Ante el no poder reaccionar a la amenaza hay una ruptura con la realidad (distinción psicótica, negación psicótica, proyección delirante).

Los(as) expertos(as) en el campo de la prevención y atención de la violencia advierten contra la sugerencia automática de la consejería u orientación matrimonial. Si existe el riesgo de que se repita el patrón de agresión y/o niveles de peligrosidad o riesgo de muerte son elevados, es más útil para la víctima empezar consejería individual o unirse a un grupo de terapia de apoyo para víctimas de violencia, y a menudo, ésta es una alternativa más segura hasta que se haya establecido que la violencia ha cesado.

Paralelamente, se atenderá a la persona agresora por medio de procedimientos terapéuticos específicos, desarrollados por el personal especializado en salud mental, que incluyan técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel cognitivo, comportamental e interaccional; debe ser evaluado y recibir atención en consejería individual y en grupos terapéutico para personas que agreden.

Estas acciones permitirán evaluar más eficazmente la decisión acerca de si la persona que agrede, puede permanecer en el lugar o no y para determinar la pena curativa. Una vez terminado este proceso se dará un seguimiento por un período de 2 años, como mínimo.

2. Organización de Grupos de apoyo y de grupos de auto ayuda. Los programas de rehabilitación se apoyará en la Organización de Grupos de autoayuda con la comunidad organizada identificando los siguientes principios del grupo:

   - Dar apoyo psicológico mutuo, estimular al cambio de actitudes, compartir conocimientos y experiencias en Violencia Intrafamiliar y fortalecer la autoestima.

   - Los grupos organizados pueden desarrollar servicios telefónicos o radiales de apoyo y de orientación, para otras víctimas de violencia.

   - El grupo de Autoayuda permite el empoderamiento personal, (fortaleza, destreza personal) para que las personas superen la "indefensión aprendida" y el aislamiento, condicionados por hechos y ambientes violentos.

En el trabajo de grupo la persona víctima reconoce que no es la única que sufre el problema, y que por lo tanto, no es algo particular. El trabajo de grupo ayuda a la persona a ver sus propias experiencias dentro de un contexto social y es una fuente importante para la promoción de la autoestima.

Otras de las modalidades de organización de grupos son:

- Grupos psicoterapéuticos coordinados por un profesional de la salud mental.

- Grupos de apoyo o de orientación del equipo de Salud de Atención Primaria de VIF.

Farmacoterapia:

Se previene sobre el uso de tranquilizantes como tratamiento ambulatorio, ya que puede disminuir la capacidad de la víctima para buscar ayuda, tomar decisiones, y evaluar cuando los niveles de violencia escalan al punto que existe riesgo de muerte.

Algunas investigaciones indican que la respuesta médica a la agresión puede exacerbar y prolongar la relación de la golpiza. Las(os) doctores(as) de la sala de urgencias son más dados a prescribir tranquilizantes y medicamentos para aliviar el dolor a personas maltratadas que a personas no maltratadas. Cuando las/os doctoras/es no están sensibilizadas/os sobre la violencia en el hogar, las dolencias de las sobrevivientes pueden considerarse como neurosis o hipocondría. Obviamente, las personas que consumen tranquilizantes son mucho menos capaces de comprender sus opciones o tomar las decisiones necesarias para protegerse. Dado que pueden nublar su buen juicio, el tiempo de reacción es más lento, es preferible evitar que la víctima/sobreviviente consuma tranquilizantes cuando ésta debe regresar a un hogar donde el peligro existe. Es necesario que se evalúen todos estos aspectos y solo utilizar fármacos en los casos estrictamente necesarios.

2. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL DEL NIÑO(A)

Tipo de entrevista aconsejada

Esta reseña ofrece los elementos esenciales que se han de incluir en la evaluación psiquiátrica del niño(a).

Aspectos generales

Establecimiento de la relación

- Reunirse con el niño(a) y los adultos que lo acompañan.
- Averiguar qué piensa el niño(a) sobre el hecho de ser examinado.
- Explicar la forma y el procedimiento de la entrevista.
- Explicar que la información ofrecida es confidencial, con la excepción de la protección del niño(a) o los demás de un daño inminente.

Obtener información general

- Síntoma principal según el niño(a) y los adultos.
- Datos identificativos:
    - Edad, curso escolar, enfermedad física, inteligencia.
    - Carácter, temperamento, juicio, actitud.
- Historia de la enfermedad actual.

Historia del desarrollo

Familia

- La evaluación de la estructura familiar incluye entrevistas individuales con los padres y las madres.
- Registrar la actitud del nino(a) hacia cada uno de los padres y madres.

- Relaciones del niño(a) con sus hermanos(as).
- Historia psiquiátrica familiar.
- Historia de la infancia del padres y la madre:
  - Relaciones con sus propios padres, madres y hermanos.
  - Métodos de disciplina utilizados, evidencia de abuso o alteración.
  - Nivel de educación y ocupación actual.
- Circunstancias en relación con el nacimiento del niño(a), si es adoptado(a) y cuáles han sido las circunstancias y motivo de la adopción.

Etapas del desarrollo

Físico

- Embarazo, parto, crianza y destete; enfermedad neonatal.
- Enfermedad o lesión significativa en los primeros meses.
- Desarrollo neuromuscular del habla, desarrollo neurológico (sentarse, mantenerse en pie, caminar, primeras palabras, juego).

Conductual

- Control de esfinteres y otros aprendizajes: respuesta a la disciplina y métodos usados.
- Reacciones al comenzar la guarderia o la escuela.

- Patrones de sueño, alteraciones del sueño.
- Fobias.
- Hábitos especiales (p. ej, Mojar la cama, succionar el pulgar).

Acontecimientos significativos: traslado, muerte de los padres, divorcio.

Nivel actual de funcionamiento.

- Rendimiento escolar.
- Aficiones y actividades extra escolares.
- Relaciones con los amigos(as).
- Relaciones con otros adultos que no sean padres.
- Hábitos alterados o poco usuales.
- Aspiraciones y ambiciones.
- Salud actual y medicaciones.

Entrevista con el niño(a): temas posibles que hay que explorar

Pensamientos del niño(a) sobre el problema.

- Sus expectativas de solución.
- Qué desearía el niño(a) cambiar en él mismo(a) y en los otros.
- Cuáles son los problemas sobre los que aún no se ha hablado?.

Revisión de los síntomas.

- Síntomas vegetativos.
- Síntomas de ansiedad.
- Síntomas psicóticos.
- Ideas de suicidio, otros actos autodestructivos.
- Rumiaciones o actos violentos.
- Uso de sustancias.
- Experiencias de victimización.

Examen del estado mental

- Orientación, memoria, capacidad de comunicación.
- Estado cognitivo mental (incluida la estimación de la inteligencia y la capacidad académica).
- Estado de ánimo y afecto.
- Dibujos: casa/árbol/persona, autorretrato, dibujo de la familia.

Considerar la obtención de otras informaciones

- Pruebas psicológicas.
- Consultas médicas: pediatra, neurólogo.
- Informe escolar, entrevista con los maestros.
- Entrevistas con otros adultos significativos (padre/madre que no tienen la custodia, abuelos(as), asistentes sociales).
- Tratamientos previos o informes de evaluaciones anteriores.

Examen del estado mental del niño(a)

Ésta es una forma útil para organizar el informe del examen psicológico del niño(a).

- Aspecto.
- Estado de ánimo o afecto.
- Orientación y percepción.
- Mecanismos defensivos:
    - Defensas más importantes.
    - Expresión y control de los afectos y de los impulsos agresivos.
- Integración neuromuscular.
- Características del pensamiento y del lenguaje, tipo de lenguaje, vocabulario
- Fantasía:
    - Sueños.
    - Dibujos.
    - Deseos.
    - Juegos.
- Superyo:
    - Ideal del yo y valores.
    - Integración en la personalidad.
- Concepto de sí mismo(self):
    - Relaciones objetales.
    - Identificación.

- Conciencia de los problemas.
- Valoración de la inteligencia.
- Resumen del examen del estado mental.

La persona que realice la evaluación de esta área es responsable de otorgar un diagnóstico final o provisional del área evaluada. Esta persona debe incluir el Código, la fecha, su nombre, la firma/sello y el cargo que desempeña.*

* De Sirnrnons, J. E.: Psychiatric Exarnination of Children, 4a. Ed. Lea & Febiger, Filadelf~a, 1987. Con autorización del editor.

Anexo IV

FORMULARIO E INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR

1. INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO INFORME DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRADO AL MENOR

Este formulario es el oficial y debe ser llenado en su totalidad colocando los datos en cada espacio correspondiente.

Instalación:	Nombre de la Instalación de Salud que emite la notificación.
Cédula:	Colocar el número de cédula de la persona víctima de VIF, si lo tiene, o bien el número de expediente.
Nombres y Apellidos:	Nombre completo de quién recibe la atención.
Edad:	Este ítem tiene tres casillas, en la primera se coloca el código correspondiente a días, meses y años (dependiendo sí se trata de menores recién nacidos o lactantes); en la segunda y tercera casilla se anota la edad. Ejemplo: Paciente de 28 días de nacido Edad: 1 2 8 Paciente de 2 meses de edad Edad: 2 0 2 Paciente de 27 años de edad Edad: 3 2 7
Sexo:	Colocar 1 si es del sexo masculino y 2 si es del sexo femenino.
Estado Civil:	Colocar 1 si es soltera (o), 2 si es casada (o), y 3 si es unida (o).

Ocupación:	Anotar la ocupación actual de la persona víctima de VIF, si no refiere estar trabajando se coloca "sin ocupación". Estudiantes, cuando sea el caso, si se trata de niños (as) que no están en edad escolar o no cursan grados escolares, anotar "menor".
Escolaridad:	Solamente anotar los grados aprobados. En caso de no haber cursado ningún tipo de estudios colocar "sin escolaridad", si se trata de un menor en edad no escolar debe consignarse el dato "menor".
Calle/ Casa:	Escribir claramente la calle o área y la numeración de la vivienda donde vive la persona víctima de VIF.
Provincia/Distrito/ Corregimiento:	El corregimiento o localidad donde vive la persona que recibe la atención, o bien ubicar el área más cercana.
Teléfono:	Anotar el teléfono de la residencia de la persona víctima de VIF o del vecino (a) o familiares donde se le pueda localizar.
Fecha/Agresión:	Anotar la fecha de la agresión, cuando sea posible, recoger en sus tres ítems (día, mes, años) de lo contrario anotar el mes y/o año.
Hora de Agresión:	Se anota la hora, cuando sea posible recolectar este dato. Si no es posible llenar con rayas.

Datos de la persona que acompaña a la víctima de VIF:

Nombre y Apellido:	Se coloca el nombre completo de la persona que acompaña a la víctima de VIF. Si la víctima acude sola (o) debe anotarse aquí, así: "vine solo (a)".
Cédula:	Si acude acompañado, anotar además el número de cédula de quien lo acompaña.
Parentesco con víctima:	Se consigna el grado de familiaridad que se tenga con la víctima (padre, madre, tío (a), hermano (a), primo (a), abuelo (a), e incluso si se trata de un (os) desconocido (s).
Hallazgos Clínicos:	Anotar la historia con relación al incidente de maltrato o violencia de forma concisa y precisa (contenido más relevante al caso).
Examen Físico:	Consignar los signos o hallazgos físicos, significativos relativos al incidente, recordar que es importante, según sea el caso, anotar tanto lo positivo (observable) al examen físico como los hallazgos negativos (ausencia de).
Examen ginecológico:	Aquí se deben anotar los hallazgos ginecológicos cuando el examen se realice y de acuerdo con el diagnóstico específico.
Examen psicológico:	Anotar lo más relevante en esta esfera.
Laboratorio:	Marcar con una equis (x) o un gan-

	cho (v) la casilla correspondiente al examen realizado. Si marca "otros", recuerde especificar de qué examen de laboratorio se trata.
Tipo de Violencia:	Marcar con una (x) o un gancho (v) la casilla correspondiente al tipo de violencia identificada. Si marca "otros", recuerde detallar de qué otro tipo de violencia se trata.
Instrumento Utilizado:	Marcar con una (x) o un gancho (v) en el evento violento. Si marca "otros", recuerde especificar de qué otro tipo de objeto se trata (Ejemplo: objeto contuso, punzante, punzo cortante y otros).
Impresión Diagnóstica:	Se refiere al diagnóstico obtenido luego de la evaluación del paciente. Incluye no sólo el diagnóstico de los hallazgo, físicos, sino también psíquicos. Se recomienda utilizar además, la clasificación de la CIE-10. Este punto no se debe dejar en blanco bajo ningún concepto.
Incapacidad Laboral:	Anotar si tiene o no tiene incapacidad, y cuantos días fueron concedidos.
Referencia A:	Aquí debe consignarse hacia que otros servicios dentro del centro o fuera de él, fue derivado, la persona víctima de VIF.
Tratamientos:	Anotar que tipo de tratamiento recibió la persona víctima de VIF, de acuerdo con su patología o diagnóstico.

Nombre, firma, sello y cargo de quién notifica

Escribir claramente el nombre y cargo del (a) profesional que realiza la notificación.

Información sobre él (la) supuesto (a) victimario (a) o agresor (a)

Nombre y Apellido:	Anotar claramente el nombre completo de la persona que agrede, anotar si se conocen apodos. Si este y otros datos no se conocen, colocar no sabe o bien no contestó, según sea el caso.
Edad:	De igual forma, que con los datos generales de la persona víctima de VIF.
Ocupación:	Anotar la ocupación actual de él (la) posible agresor (a), de lo contrario colocar sin ocupación, no sabe si el paciente no conoce esa información y no contestó cuando se niega a proveer la información.
Escolaridad:	Solamente anotar los grados aprobados. En caso de no haber cursado ningún tipo de estudio colocar "sin escolaridad", si se trata de un menor en edad no escolar debe consignar el dato "menor".
Calle / Casa:	Escribir claramente la calle, casa, área y la numeración de la vivienda (él) la supuesto (a) agresor (a).

	Ubicar el área más cercana (p. ej. detrás del minisuper XXX).
Sexo:	Colocar 1 si es del sexo masculino y 2 si es del sexo femenino.
Provincia / Distrito Corregimiento:	Anotar el distrito, corregimiento o localidad donde vive la persona identificada como supuesto (a) agresor (a).
Teléfono:	Anotar el teléfono de la residencia o trabajo del agresor (a).
Parentesco con la víctima:	Se consigna el grado de familiaridad que tiene el supuesto agresor (a) con la víctima de VIF (padre, madre, padrastro, madrastra, tío (a), hermano (a), abuelo (a), primo (a), sobrino (a), vecino (a), e incluso si se trata de un desconocido).
Antecedentes de:	Marcar con una (x) o un gancho ( ) la casilla correspondiente al antecedente identificado en él (la) supuesto (a) agresor (a). Si marca la casilla "otros", especifique de que situación se trata.

Nombre y cargo de quien notifica:

Anotar o escribir el nombre completo y el cargo o profesión que desempeña la persona que realiza la notificación.

Fecha de la Atención:	Anotar el día, mes y año en que se realizó la atención.

Recuerde que:

- Todo formulario debe tener el sello de la institución de salud que notifica.
- Si la persona víctima de VIF, no conoce algunos de los datos, no deje el espacio en blanco y anote la alternativa "no sabe".
- Utilizar la clasificación de maltrato de la CIE-10, además del diagnóstico específico.
- No utilizar abreviaturas, símbolos o rayas para los espacios en blanco.
- Cuando marque "otros" en algunos acápites, especifique de qué se trata.
- Especificar si el paciente viene solo y las condiciones en que se encontraba.
- Utilizar solamente el formulario actualizado.
- Todo formulario debe tener la fecha de atención que incluya mes y año, la instalación que notifica, y los datos generales de la persona atendida (especialmente la edad, sexo, estado civil, y escolaridad) y el nombre de la persona que notifica o realizó la atención.

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD
INFORME DE INVESTIGACION

FECHA _____

POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRA FAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR

INSTALACION: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] N° DE EXPEDIENTE: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

INFORMACION SOBRE LA VICTIMA

N° DE CEDULA: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] N° DE SEGURO SOCIAL: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

NOMBRES: APELLIDOS:

EDAD: [ ][ ] SEXO: [ ] 1. M [ ] 2. F ESTADO CIVIL: [ ] 1. SOLT. [ ] 2. CASADA [ ] 3. UNIDA

CALLE: CASA: CORREGIMIENTO: TEL.: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

NOMBRE Y APELLIDO DEL INFORMANTE: _____

DATOS DE QUIEN LO TRAE:

NOMBRE Y APELLIDO _____ CEDULA: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

PARENTESCO CON LA VICTIMA _____

HALLAZGOS CLINICOS:

FIRMA

EXAMEN FISICO

FIRMA

EXAMEN GINECOLOGICO:

FIRMA

EXAMEN SOCIO PSICOLOGICO:

FIRMA

LABORATORIO: [ ] 1. BHC [ ] 3 URIN. [ ] 5. OTROS EXAMENES
[ ] 2. Rx [ ] 4. P. LUMBAR ESPECIFIQUE: _____

TIPO DE VIOLENCIA: [ ] 1. SEXUAL [ ] 3. PSICOLOGICA
[ ] 2. FISICA [ ] 4. OTRA ESPECIFIQUE: _____

INSTRUMENTO UTILIZADO: [ ] 1. FUERZA FISICA [ ] 3. ARMA BLANCA
[ ] 2. ARMA DE FUEGO [ ] 4. OTRO ESPECIFIQUE: _____

I.D.

INCAPACIDAD LABORAL _____ REFERENCIA A _____

TRATAMIENTOS

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL QUE NOTIFICA: _____

INFORMACION SOBRE EL SUPUESTO VICTIMARIO O AGRESOR

NOMBRES: APELLIDOS: EDAD: [ ][ ] OCUPACION CEDULA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

CALLE: CASA: CORREGIMIENTO: TEL.: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

SEXO: [ ]

PARENTESCO O RELACION CON LA VICTIMA: _____

ANTECEDENTES DE: [ ] 1. USO DE DROGAS [ ] 3. MALTRATO REPETITIVO
[ ] 2. USO DE ALCOHOL [ ] 4. OTRO ESPECIFIQUE: _____

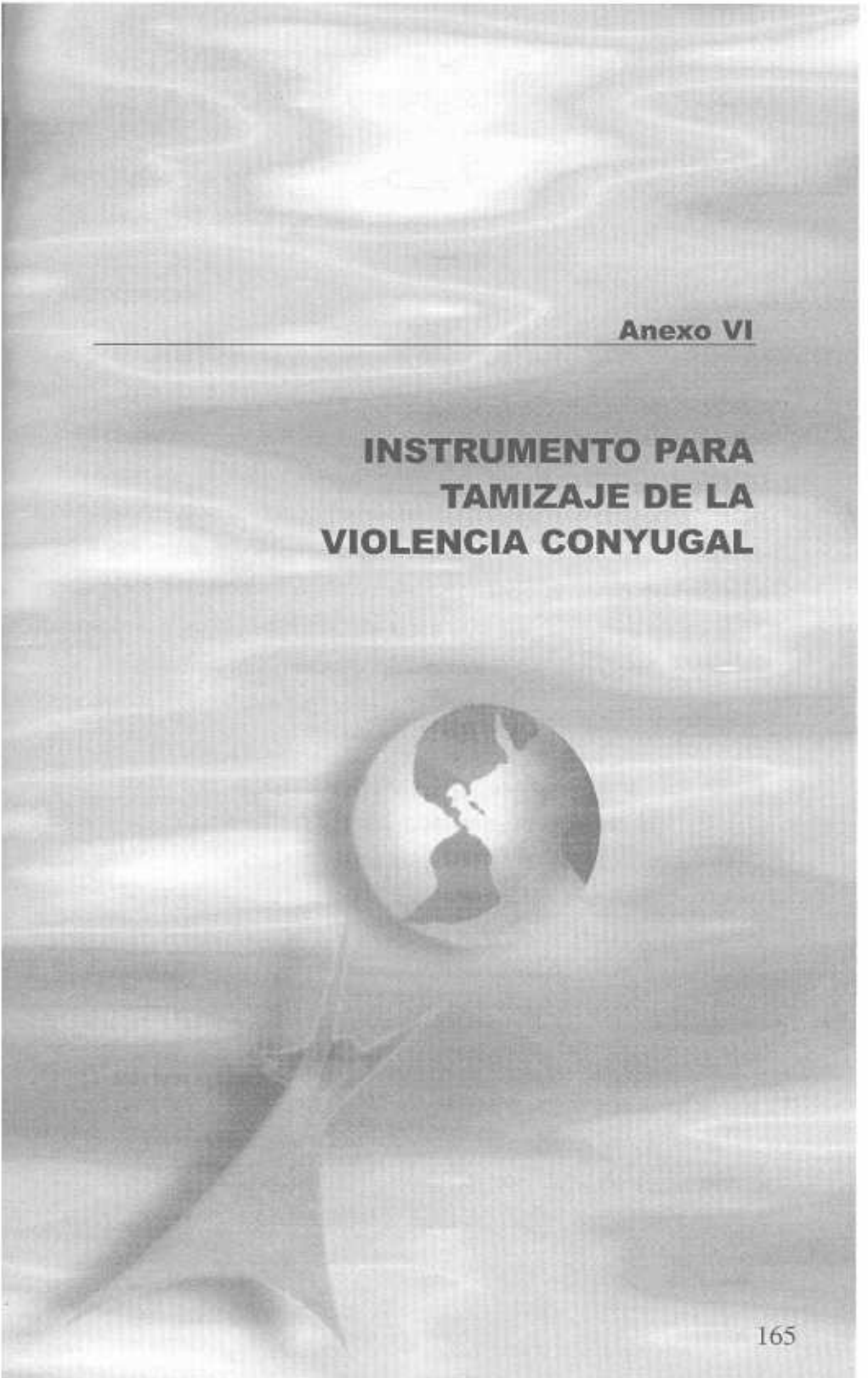
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN NOTIFICA: _____

Original: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
Copia: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS
HISTORIA CLINICA

COMISION PARA LA ATENCION Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA

Anexo VI

INSTRUMENTO PARA TAMIZAJE DE LA VIOLENCIA CONYUGAL



1. INSTRUMENTO PARA TAMIZAJE DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Propuesta a validarse con grupo de mujeres voluntarias

Introducción:

Al prestatario(a) que aplicará el instrumento:

Se preguntará a toda mujer mayor de 15 años que llegue a consulta. Se aplicará en forma afable sin emitir ningún juicio sobre las respuestas que brinda la paciente. Usted leerá la pregunta y marcará con una "x". Proponemos algunas preguntas introductorias que cada profesional podrá ir desarrollando el estilo de hacerlas conforme a su experiencia. Se trata que las pacientes no se sientan enjuiciadas, incómodas y que encuentren una oportunidad de ser apoyadas y escuchadas.

Sugerimos tres alternativas para introducir el tema. En forma breve seleccione usted la más conveniente y márquela, trabaje con ella en el proceso de validación con las 20 mujeres voluntarias.

Frases introductorias al tema:

1. El Ministerio de Salud y este centro desean mejorar la calidad de la atención que se brinda a cada paciente, es por ello que deseamos solicitar a usted cierta información. Sabemos que de cada 10 mujeres entre 3 a 5 sufren alguna forma de violencia por parte de su pareja, novio, ex-compañero. Esta situación causa proble-

mas de salud a las mujeres y el Ministerio desea ayudar con la colaboración de las pacientes a solucionarlo.

2. El Centro de Salud y como profesional estoy muy preocupado(a) por los efectos de la violencia de pareja en la salud de las pacientes, es por ello que ahora en la consulta pregunto a toda mujer acerca de la violencia para poder brindar la atención que necesite con confidencialidad y discreción.

3. Como el problema de la violencia en las parejas es muy generalizado y grave en la vida de muchas mujeres, ahora se pregunta en la consulta a cada paciente a fin de brindarle la información y servicios adecuados de la clínica con confidencialidad, discreción.

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

Centro de atención: _____ /__/__/

Fecha de la consulta: _____ _____ _____
Día **Mes** **Año**

Motivo de consulta o dolencia. *(Especifique)*

_____

/__/__/__/__/ *(Anotar código de la CIE-10)*

1. ¿Cuando han habido conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, portazos, destruido muebles, la ha corrido de la casa?

   Sí ○1 **No** ○2

2. ¿En los últimos tres meses (si está embaraza pregunte en este embarazo) ha sido empujada, golpeada por su compañero, pareja, novio o excompañero?

   Sí ○1 **No** ○2

3. ¿Actualmente usted tiene miedo que la agreda, maltrate o golpee su compañero, pareja, novio o excompañero?

   Sí ○1 **No** ○2

Caso referido a: ***(Una marca)***

Punto focal de Violencia Intrafamiliar del Centro de Salud . . ..○1
Policía ... .○2
Organización no gubernamental: .... ○3
Otra unidad de salud fuera del área: *(Especifique)*

_____

/__/__/

Esta ficha debe ser anexada al expediente

DATOS PERSONALES BÁSICOS QUE DEBE LLENAR EL PUNTO FOCAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Fecha de la consulta: ___ ___ ___
Día Mes Año

No. Expediente: /___/___/___/___/___/___/___/___/

1. ¿En qué fecha respondió el cuestionario de tamizaje? /___/___/ /___/___/ /___/___/___/___/
Día Mes Año

2. ¿Es la primera vez que consulta el servicio de violencia intrafamiliar?

Sí)1 No)2

3. ¿Por qué motivo o dolencia consultó al centro de salud cuando se le hicieron las preguntas sobre violencia intrafamiliar *(tamizaje)*?

Motivo: _____

/__/__/__/__/ *(Anotar codigo de la CIE-10)*

4. ¿Cuántos años cumplidos tiene? /__/__/

5. ¿Cuántos hijos tiene? /__/__/

6. ¿Vive actualmente con su compañero, esposo, novio, ...? Sí)1 No)2

7. Último grado o año de educación formal aprobado:

Ninguno)0

Primaria (1) /__/

Secundaria (2) /__/

Universidad (3) /__/

8. ¿Tiene empleo remunerado o es exclusivamente ama de casa?

a. Sólo tiene empleo remunerado)1

b. Exclusivamente ama de casa)2

c. Tiene empleo remunerado y es ama de casa)3

9. ¿Qué tipo de agresión o violencia está usted sufriendo en su hogar?

a. Psicológica Sí)1 No)2

b. Física ... Sí)1 No)2

c. Sexual ... Sí)1 No)2

d. Patrimonial ... Sí)1 No)2

e. Otra forma de agresión o violencia: *Especifique:* _____ /__/__/

Del _____ al _____ 1999

Centro de Atención: _____ _____ _____ / / / **Hoja No.**____ **de** ____

No. consecutivo de caso	No. Expediente	Fecha primer ingreso *Día mes año*	¿Primera vez que consulta el servicio? *Sí/ No*	Motivo principal de consulta o dolencia *(Anotar código CIE-10)*	Edad en años cumplidos	No. hijos vivos	Vive con compañero o esposo *Sí/ No*	Último grado o año de educación formal aprobado *(Anotar código)*	¿Empleo remunerado o es exclusivamente ama de casa? *(Anotar Código)*	Tipo de agresión o violencia que está sufriendo *(Anotar código)*	¿Fue referida a otro servicio? *Sí/ No*	¿A quién fue referida? *(Anotar código)*	Forma de seguimiento del caso *(Anotar código)*

Motivo principal de consulta o dolencia: Aplicar el código correspondiente de la CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades, Décima Edición)
Nivel educativo: Ninguno = 0, Primaria = 1 y (*grado aprobado*), Secundaria = 2 y (*año aprobado*), Universidad 3 (*años aprobados*)
Tiene empleo remunerado o es exclusivamente ama de casa: Sólo tiene empleo remunerado=1, Exclusivamente ama de casa=2, Tiene empleo remunerado y es ama de casa=3
Tipo de agresión o violencia: Psicológica=1, Física=2, Sexual=3, Patrimonial=4. (Anote los números de los tipos de violencia que se indiquen)
A quién fue referida: Punto focal de violencia de violencia intrafamiliar=1, Policía=2, Organizaciones no gubernamentales=3, Otra unidad de salud fuera del área=4 (Especifique)
Forma de seguimiento: Ningún seguimiento=6, Visitas domiciliarias=1, Atención individual periódica=2, Atención grupal periódica=3, Seguimiento del caso ante otras instancias=4

HOJA DE BALANCE SEMANAL DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Del _____ al _____ de _____

Centro de atención: _____ /__/__/

Día de la semana	Fecha (No.Día/mes/año)	Número de consultas	Resultados de la aplicación del tamizaje	
			No. Casos de violencia intrafamiliar negativos	No. Casos de violencia intrafamiliar positivos
Ejemplo Lunes	31-08-99	10	8	2
Total semanal				

Notas:

1) Recuerde que con sólo una respuesta afirmativa a cualquiera de las tres preguntas del tamizaje el caso se registra como "caso de violencia intrafamiliar positivo".
2) Tenga presenta indicar el día de la semana ("domingo", "lunes", etc.), información importante para el análisis de la violencia intrafamiliar.
3) La relación de los resultados del tamizaje con el número de consultas que ocurren día a día permite el cálculo de la prevalencia de la violencia.
4) Recuerde que para los casos positivos hay una hoja de reporte específico semanal

Glosario

1. ABUSO ECONÓMICO: Todas las acciones encaminadas a someter, controlar y omitir dinero, bienes y propiedades a la mujer y / o hombre adulta(o).

2. ABUSO EMOCIONAL: Hostigamiento verbal por medio de insultos, críticas, coerción, descalificaciones, degradaciones, intimidaciones, amenazas, ridiculizaciones, humillaciones, rechazo, privación de libertad o bien, silencios prolongados. Abuso financiero.

3. ABUSO FÍSICO: ocurre cuando la persona que está en una relación de poder hombre / mujer, le inflige daño físico no accidental tales como: golpes, bofetadas, empujones, quemaduras, puñetazos, apretones, estrangulamientos, desgarres, pellizcones, arrastrazos, arañazos, patadas, abortos entre otros.

4. ABUSO SEXUAL: Es todo acto sexual con intencionalidad, que se realiza en forma directa o indirecta en contra de la voluntad de otra persona, tales como: violación, acoso sexual, incesto, caricias o manoseos no deseados, obligar a ver pornografía o tomarle fotografías para satisfacción sexual de quien comente el acto. Se agravan los efectos de este hecho, en relaciones de poder entre la víctima / sobreviviente y el (la) ofensor(a). Obligar a que participe en actos sexuales que mancillen su cuerpo o lastiman su dignidad de personas.

5. ANAMNESIS: Se refiere a la entrevista realizada a la persona sobreviviente o agresor(a) con la finalidad de obtener una historia del evento que motiva la atención.
El diccionario de terminología de Ciencias Médicas Salvat dice: "Parte del exámen clínico que reune en datos personales y familiares del enfermo anteriores a la enfermedad."

6. ATENCIÓN BREVE: Es aquella que se establece para prestar los cuidados iniciales, estabilizar a la persona afectada y es de corta duración.

7. ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Atención que se brinda a la persona afectada siempre y cuando no esté en peligro su vida pero que, requiere de atención inmediata para evitar mayores daños psíquicos o físicos.

8. ATENCIÓN URGENTE: Es aquella que debe brindarse cuando peligra la vida de la persona afectada, ésta puede ser de tipo físico o mental, en donde la dilación de la atención puede afectar órganos vitales o importantes o provocar la muerte del mismo.

16. FACTORES DE RIESGO (Precipitantes o condicionantes): Diversos factores asociados a la violencia intrafamiliar. Estos factores no son causa, sino que aumentan la probabilidad de sufrir violencia.

17. FACTORES PSICOSOCIALES CONDICIONANTES: Son aquellos estresores que se constituyen en el punto de partida que provoca cambios en el balance psicológico de la persona y que puede ser identificado y evaluado en el pasado de las personas.

18. FACTORES PSICOSOCIALES (ESTRESORES PRECIPITANTES): Es el eslabón perdido o punto decisivo en la cadena de eventos estresantes que convierte el estado vulnerable en estado de desequilibrio o crisis.

19. FAMILIAR: Aquellas personas que tienen una relación definida por vínculos de consanguinidad o afinidad.

20. FAMILIA, DEFINICIÓN LEGAL: Es el conjunto de personas naturales unidas por vínculo de parentesco o matrimonio y quienes conviven con ellos de manera permanente; es decir, hijastros(as), hijos(as) de crianza, hijos(as) adoptivos, amigos(as) que convivan bajo el mismo techo, compartiendo gastos.
Se excluyen del concepto familia aquellas personas que convivan con la familia pero con un contrato de por medio.

21. GÉNERO: Son todas las creencias, actitudes, valores, conductas a que la sociedad nos asigna por el hecho de ser hombres o mujeres. Es la construcción social de lo masculino y lo femenino en una cultura, época y sociedad determinada.

22. HISTORIA CLÍNICA DE VIF: documento donde se consignan los datos obtenidos durante la atención de un paciente o persona afectada de VIF.

23. INCESTO: Violación u otro tipo de abuso sexual cometido por un familiar o una persona afín - tutor(a) contra otro(a) miembro de la familia.
Relación carnal entre parientes muy próximos, cuyo matrimonio está prohibido.
La organización Incest Survivors Anonymous, utiliza en sus panfletos educativos el concepto "Traición a la confianza" al definir incesto que puede involucrar contacto físico o no, seducción o abuso verbal, coito anal o vaginal, sexo oral, sodomía, estimulación manual (como caricias en los senos de una adolescente), amenazas directas, amenazas sobre entendidas u otras formas de abuso.

- ABUSO SEXUAL: Cualquier forma de contacto sexual o erotización con una niña y / o niño por parte de familiar o tutor(a) adulto(a). Se considera abuso sexual la exhibición, la involucración en situaciones de pornografía, la explotación sexual. La intensidad puede variar desde la exhibición, involucración de la niña y / o el niño en situaciones eróticas, la seducción y la violación.
- ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN LOS CUIDADOS: Falta de protección y cuidados físicos a la niña y / o el niño por parte de sus padres, madres o cuidadores, así como falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva.
- EXPLOTACIÓN: Se refiere a situaciones en que los padres, madres o cuidadores(as), buscando ventaja económica, fuerzan a la niña y / o al niño a desempeñar labores que no corresponden a su etapa de desarrollo y atenta contra los Derechos de la niña y / o el niño. Tal como forzar a la niña y / o el niño a realizar trabajos que atenten contra su salud e interfieran con su educación.
- MALTRATO EMOCIONAL: Hostigamiento verbal habitual a la / el niña(o) a través de insultos, críticas, descalificaciones, ridiculizaciones, constante bloqueo y de las iniciativas infantiles así como rechazo implícito y explícito.
- MALTRATO FÍSICO: Toda agresión física, no accidental. Por parte de los padres, madres o cuidadores(as), que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el / la niño(a) o joven. La intensidad del daño puede variar desde lesiones leves a lesiones mortales.
- TESTIGO DE VIOLENCIA INTRA FAMILIAR: La niña y / o el niño que presencian situaciones de violencia entre el padre y la madre, hacia la madre, el padre o hacia otros miembros de la familia por las cuales son considerados sobrevivientes de VIF.

31. MUJER AGREDIDA: Es una mujer que dentro de una relación íntima actual o pasada, sufre de abuso sexual, físico y / o emocional. Ella ha atravesado como mínimo dos veces el ciclo de la violencia y ha sufrido el menos dos incidentes agudos de agresión.

32. PERPETRADOR(A): Persona que comete la violación u otro tipo de abuso sexual. Persona que, por su relación de confianza, autoridad o superioridad, viola o ejecuta trato deshonesto en contra de otra.

33. PSICOTERAPIA BREVE: Es la aplicación breve de la psicoterapia tradicional, requerida por un evento vital o situaciones de vida de la persona afectada o por el contexto en el cual el tratamiento es brindado.

Para no incurrir en error o uso inapropiado, el proceso terapéutico debe ser bien entendido y requiere para su aplicación de facultativos experimentados.

34. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA: Estrategia para la atención de los trastornos emocionales y desorganización de las acciones cuando se requiere intervención inmediata. Esta intervención demanda alta precisión en el orden del pensamiento y debe desarrollarse en un periodo corto, que oscila entre una a seis sesiones terapéuticas, según la disponibilidad del recurso y la condición de la persona afectada. Durante su aplicación el facultativo debe estar alerta a las comunicaciones significativas, mientras formula rápidamente un denominador común y casi simultáneamente decidir la intervención más satisfactoria, tomando en consideración la evaluación de las fortalezas, condiciones y circunstancias de vida de la persona afectada.

35. PSICOTERAPIA DE EMERGENCIA: Es la psicoterapia breve aplicada a situaciones de crisis, donde la persona requiere que se responda de inmediato a sus necesidades. Es un proceso de pensamiento estratégico que enfoca con rapidez el problema y permite una acelerada concepción (de introspección).

36. SEXO: Son las características biológicas con las que nacemos. Estas determinan nuestras diferencias físico-anatómicas y órgano-funcionales.

37. SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA: La teoría del trauma recoge los efectos devastadores del abuso físico, psicológico y sexual de la mujer. Este constituye una subcategoría del desorden de Estrés Post Traumático y se refiere al conjunto de efectos específicos, que presentan las mujeres agredidas como resultado de experimentar una situación repetida de abuso. No es una enfermedad mental, sino una respuesta humana ante una situación anormal. Los efectos pueden distribuirse en tres grandes áreas, en la forma de pensar, la forma de actuar y la forma de sentir. No es una enfermedad mental, sino un desorden en una persona normal a consecuencia de vivir una situación anormal y traumática. Si la violencia desaparece y se le da a la mujer, seguridad, protección y asistencia adecuada, los síntomas desaparecerán con el tiempo.

38. SÍNDROME DE MALTRATO: Considerado como el conjunto de signos y síntomas físicos, sexuales, psicológicos o formas mixtas, consecuencias de situaciones de violencia. En 1902 Kempe y colaboradores describieron por primera vez el "Síndrome del Niño Golpeado", categoría que se incorpora al Síndrome de maltrato ya mencionado.

39. SÍNDROME ESTRÉS POST TRAUMÁTICO: Cambios cognitivos, afectivos y del comportamiento que se dan como consecuencia de eventos exteriores a la persona, tales como: las guerras, desastres naturales, accidentes y otras experiencias inusuales a la experiencia humana.

40. SOBREVIVIENTE: Persona que continúa viva (después de haber sido sometida(o) a trauma físico, psicológico o sexual) y que logra cierto equilibrio psicosocial, a pesar de haber sido agredida(o) sexualmente por un familiar o persona afín, tutor(a) o cuidador(a).

41. SOCIALIZACIÓN: Es la experiencia de aprendizaje que desarrollamos desde que nacemos, patrones de conducta, actitudes, valores, idioma que nos es transmitido por nuestros padres o abuelos, escuela, iglesia. Es el proceso mediante el cual la persona aprende los patrones de conducta permisibles en varios grupos sociales y las consecuencias que tendrá de la adopción de cada uno de ellos.

42. TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA: Explica el patrón experimentado por las personas agredidas. El patrón o ciclo está compuesto por tres fases:

- Aumento de la tensión.
- Incidente agudo.
- Arrepentimiento o tregua amorosa.

Contribuye a explicar cómo las personas agredidas presentan comportamientos de desamparo aprendido y por tanto, por qué no se escapan de la agresión. A veces se mantiene en una fase por tiempo indefinido.

43. VÍCTIMA: Persona que ha recibido un ataque sexual. Sin embargo, terapéuticamente, resulta más positivo enfocar la atención en el hecho de que la persona ha sobrevivido al abuso o la violación, en vez de estigmatizarla con una palabra que resalta la impotencia.

44. VIOLACIÓN: Acto de violencia sexual basado en el dominio, control, humillación del ofensor(a) sobre la(el) sobreviviente, donde ésta es desposeída de todas sus fuerzas físicas y libre albedrío.

45. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: Cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

46. VIOLENCIA, DEFINICIÓN LEGAL: Es aquel acto que atenta contra los derechos de una persona en el ámbito de su hogar. Es el uso de un poder absurdo que lástima severamente a sus víctimas, donde el agresor(a) es un miembro(a) de la familia.

47. VIOLENCIA DOMÉSTICA: Es todo acto que afecta a la integridad, dignidad y derechos fundamentales de algún miembro de la familia. Se utiliza para controlar, dominar, y ejercer poder a través de formas violentas físicas, psicológicas o sexuales.

48. VIOLENCIA EMOCIONAL: Se refiere a conductas como insultos, gritos, críticas permanentes, descalificaciones, humillaciones, privación de la libertad, o bien silencios prolongados. Abuso financiero.

49. VIOLENCIA EN LA PAREJA HETEROSEXUAL U HOMOSEXUAL: Se refiere a las situaciones de violencia que ocurren entre los miembros de la pareja. Estas situaciones se producen en forma cíclica y con intensidad creciente.

50. VIOLENCIA FÍSICA: Actos que se expresan por medio de golpes, cachetadas, empujones, manoseos, patadas, arañazos, golpes con utensilios, mordiscos, lesiones con armas y otros, que pueden producir hematomas o traumatismos. Esta violencia se da en ciclos de intensidad creciente y puede llegar al homicidio.

51. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Es aquel acto que atenta contra los derechos de una persona en el ámbito de su hogar. Es el uso de un poder absurdo, que lastima severamente a sus víctimas, donde el agresor(a) es un miembro(a) de la familia.

52. VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Actos que se expresan por medio de insultos, burlas, chantajes, uso de palabras despectivas o hirientes destinadas a desvalorizar, privación de alimentos, de cuidados o de amor. Actitudes para provocar miedo, temor, o vergüenza.

53. VIOLENCIA RECIPROCA O CRUZADA: Maltrato ejercido por ambos miembros de la pareja de manera recíproca. La violencia cruzada puede ser física, verbal y / o emocional. Se excluyen las situaciones en que la conducta violenta ocurre en legítima defensa.

54. VIOLENCIA SEXUAL: Todo acto basado en el dominio, control, humillación del ofensor(a) sobre la(el) sobreviviente que producen daño a los órganos sexuales o que afectan la sexualidad de la persona. Obligar, coercionar, persuadir o seducir a alguien para que participe en actos sexuales que mancillan su cuerpo o lastiman su dignidad de persona.

55. URGENCIA FÍSICA: Casos con patología potencialmente letal, naturaleza orgánica y / o funcional que requiere, de medidas inmediatas a través de una atención médica impostergable rápida y eficiente.

56. URGENCIA PSIQUIÁTRICA Y/O PSICOLÓGICA: Trastorno del pensamiento, del sentimiento o de las acciones que requiere atención inmediata.

SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

VIF: Violencia Intrafamiliar

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

PSP: Plan de Seguridad Personal.

DSM IV: Manual diagnóstico de evaluaciones de enfermedades mentales de la asociación psiquiátrica americana. Revisión número cuatro.

Participantes

Área de Normas de Atención a Ancianos

Licda. Adela E. Monteza
Licda. Elida de González
Licda. Mariela Chacón
Licda. Rita Tejada de Modelo

Área de Atención Breve y de Emergencia

Licda. Mirna P. de Martínez
Dra. Fania de Roach
Licda María Vargas
Licda. Berta Jaramillo
Licda. Nubia de Flores
Licda. Luz Aleyda Terán B.
Mgter. Lesbia de Bustavino
Dra. Elsa Urrutia
Dr. Víctor Him
Licdo. Raúl Cárdenas
Dra. Aura de Serrano
Licda. Hermelinda Rodríguez G.

Área de Ofensores
Licda. Lidida Sinistierra
Enfer. Alina Vidal
Enfer. Magdamara Brown
Dr. Eduardo Escobar

Área de Mujeres Maltratadas
Licda. Gilma de León
Licda. Lina de Camaño
Dra. Ivonne de Regalado
Licda. Xenia Ureña
Enfer. Austin Wilkins
Licda. Arabia de Crismat

Área de Autocuidado
Dra. Jacinta Almario

Área de Normas de Atención a MenoresMaltratados(as)
Dra. Amaralis Amador
Licda. Jeannette Meléndez
Licda. Lucinda Urratia de Díaz
Licda. Daoris Gibbs
Licda. Marina Vega
Licdo. Manuel de J. Campos
Licda. Elsie Saavedra

Áreas de Menores Maltratados(as) Sexualmente
Licdo. Marcos G. Reyes C.
Licda. Linda Guevara
Dra. Nilda Santamaría
Dr. Thomás Alonso
Dra. Carmen Gibson

Área de Atención a Personas Abusadas Sexualmente
Licda. Ana Iris de Adames
Licda. Yara Guardia
Licda. Elsa González
Licda. Luisa Arango
Licda. Marina Saavedra
Licda. Leila González
Dr. Joaquín Naranjo

Equipo Técnico de la Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo 1997-2001
Licda. Martha Icaza
Licda. Lelys Guadalupe Rivera

Prof. Carlos Ochoa
Sra. Rosa Cedeño
Licda. Gladys Moreno
Licda. Marisol Reyna
Mgter. Amanda Blanco
Mgter. Zanya Villalobos
Mgter. Hermelinda Rodríguez
Licda. Matilde Chirú
Secretaria Mirna Fitzgerald
Secretaria Julia F. Santos

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Panamá

Mgter. Dora Arosemena B.
Licda. América Valdés M.

Puntos Focales del programa Mujer, Género, Salud y Desarrollo según región de salud.

Ruth Rayle	Bocas del Toro
Margarita de Aguilar	Coclé
Mirna León de Meza	Colón
Ernestina de Villareal	Comarcas Kuna Yala
Roberto Montecer	Comarca Ngobe-Buglé
María Juanita de Guerra	Chiriquí
Dionicia Palacios	Darien
Elisa Quintero	Herrera
Nerys González de Campos	Los Santos
Vielka Castillo	Panamá Este
Emita Domínguez	Panamá Oeste
Gladis de Tedezco	Metropolitana
Vielka Vermaza	Veraguas
Amanda Blanco	San Miguelito

Participantes en la propuesta del Sistema de Vigilancia

Dr. Alberto Amaris
Técnica Guillermina Meleary
Lic. Miriam Malo
Lic. Modesta Haugton de Sánchez
Técnica Marilu Modeno
Auxiliar Dennys Rodríguez
Dr. Washington Lum
Dra. Nadja Porcell

Bibliografía

Libros

AMERICAN Psychiatric Association, Violence and The Family. A.P.A., Washington 1996.

AMERICAN Psychiatric Association, Diagnostic and Statistcal Manual of the Mental Disorders. (ath ed.) Washington, DC: Autor. 1994

AMERICAN Psychological Association, Violence and The Family. A.P.A., Washington 1996.

AMERICAN Psychological Association, Publication Manual of the American Psychological Association 3rd. Ed., Washington DC 1986.

AROSEMENA, Dora y VILLALOBOS, Zanya. Una Pesadilla Silenciada, Sobrevivientes de Incesto. Imprenta Universitaria. Panamá, 1997.

CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1992.

CLARAMUNT, Cecilia. Organización Panamericana de la Salud: Mujeres Maltratadas. Guia de trabajo para la intervención en Crisis. San José. 1999.

MINISTERIO DE SALUD
Comentarios y Recomendaciones al Borrador para Validar del Protocolo de VIF y Manual Guía, suministrados por Personal Especializado de Salud, a nivel nacional.

Consideraciones importantes en cuanto al uso de un protocolo de violencia doméstica.

Constitución Política de la República de Panamá.

DE LA MOLTE, Elena; LAGUNA, Marina de; SOLIS, Mélida de; RIVERA, Genoveva de "Manual de Intervención en Crisis". Organización Panamericana de la salud. Ministerio de Salud - Departamento de Salud Mental. Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería - Departamento de Salud Mental, 1994.

Documentos de referencia para los hospitales de Colorado. Protocolo sugerido para víctimas de violencia doméstica. (Traducción ,al español pag. 20)

GOODRICH, Thelma Jean; RAMPAGE, Cheryl; ELLMAN, Barbara; HALSTEAD, Kris "Terapia Familiar Feminista".. Terapia Farniliar, editorial Paidos. Buenos Aires. 1989.

HERMAN, JUDITH LEWIS: Trauma and Recobery. Basic Books, New York, 1992.

SANTA MARIA, Nilda, La Ruta Critica que Siguen las Mujeres Maltratadas. Panamá, 1998

"CODIGO DE LA FAMILIA". Ley N° 3 del 17 de mayo de 1994. Publicada en la Gaceta Oficial N° 22591 del primero de agosto de 1994.

Ley No. 12 de 20 de abril de 1995. Por la cual se aprueba la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención De Belem Do Para". Suscrita el 9 de junio de 1994; en el XXIV periodo de sesiones de la Asamblea General de la OEA.

Ley N° 27 de 16 junio de 1995. Edición Ministerio de Salud, Panamá, 1996.

OPS-Organización Panamericana de Salud. GUIDO Lea. Construyamos una sociedad sin violencia. Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de Violencia Intra Familiar, agosto de 1996.

Organización Panamericana de la Salud. Informe del Subcomité sobre la Mujer, Salud y el Desarrollo. Estados Unidos, 1999.

Pacto de Compromiso Para el Desarrollo Nacional. Bambito II, 6 de diciembre de 1994. Entre el Gobierno Nacional, el sector empresarial, los empleados, las sociedad civil y testigos internacionales.

Plan Nacional Mujer y Desarrollo 1994-2000. Panamá 1993.

RAMELLINI C. TERESITA. Pautas para el desarrollo de protocolos para la implementación del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Intra /

Familiar Violencia. San José, Costa Rica. 1997.
RODRIGUEZ, Dra. Livia A. de "Enfoque de Salud Mental Sobre el Manejo Integral del Síndrome de Maltrato". Panarná, 1989.

RUIZ, Mercedes M; TEJADA, Meldauna de; RAMOS, Vielka, DETAN, Lea de. "Manual de Atención Primaria en Salud Mental Familiar". Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental. Panamá Rep. de Panamá, 1994.

Versión española de la obra original en lengua inglesa A Pocket Reference for Psychiatrists de Susan C. Jenkins, Timothy P. Gibbs y Sally R. Szymanski, publicada por la American Psychiatric Press, Inc de Washington.
WALKER E. LEONOR. Libro de Trabajo sobre: Terapia de Sobrevivencia y Evaluación Clínica y de Intervención, Colorado, 1996.

WALKER, LEONOR E. The Battered Woman. Harper & Row, New York, 1979.
Carrion, Fernando. De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. Ciudad y violencias en América Latina. Programa de Gestión Urbana. Quito 1994.

Temas Sociales. Boletín del Programa de pobreza y políticas sociales del Sur. Centro de Estudios Sociales y Educación. Julio 1995 número 7, Santiago de Chile.

Echeverri, Oscar. La violencia urbana: Ubicua, elusiva, prevenible. Ciudad y violencias en América Latina. Programa de Gestión Urbana, Quito 1994.

Guido, Lea. Algunas preguntas sobre violencia intra familiar. Documento no publicado. San José, Costa Rica. 24 de noviembre de 1996.

Santamaría, Nilda. Delito de maltrato al menor. Boletín Epidemiológico volumen XIX, No. 8 1995. Panamá.

Reporte del comportamiento de las lesiones fatales y no fatales en Colombia 1994. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comité de Referencia Nacional sobre la Violencia. Bogotá 1995.

Concha-Eastman, Alberto. OPS. Taller de Vigilancia Epidemiológica. Homicidios y Suicidios. Cali, Colombia, mayo 2 - 5 de 1995.

Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción

de Formas de Convivencia Solidaria. Panamá 1996.
Amaris, Alberto. Iniciativa de Instituciones no cómplices de la Violencia Intrafamiliar. Una propuesta motivadora hacia el Sector Salud. 1996 Documento en edición.

Restrepo, Helena. OPS Propuesta de acción para la reducción de los factores de riesgo de accidentes y violencia. Seminario Latinoamericano de Urgencias en Salud 4 - 6 de octubre de 1993, Medellín, Colombia.

Nota No. 1180/DGS/DE/95 del 29 de diciembre de 1995, División de Epidemiología. Ministerio de Salud. Panamá.

Nota No. 005/DGS/DIE/009/DE/96 del 4 de enero de 1996, Departamento de Investigaciones y Publicaciones Epidemiológicas. Ministerio de Salud. Panamá.

Nota No. 051/DGS/DIE/96 del 5 de mayo de 1996, Departamento de Investigaciones y Publicaciones Epidemiológicas. Ministerio de Salud. Panamá.

Nota No. 256/DGS/DE/050/DIE/96 del 5 de marzo de 1996. División de Epidemiología

Malo, Miriam; Alberto Amaris, Marilú Moreno, Dennys Rodríguez. Una aproximación cuantitativa y cualitativa de las violencias y su impacto financiero basados en los registros del Cuarto de Urgencias del Hospital Santo Tomás. Diciembre de 1996. Documento en edición.

Amaris, Alberto. Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica para los nuevos problemas de Salud. Boletín Epidemiológico, Volumen XX, No. 5 1996 Panamá.

Casanova, Aracelly; Alberto Amaris; Roberto Cerrud. Aproximación al perfil de la violencia intrafamiliar según los registros del CONADEC 1996. Documento en edición.

Dirección Nacional de Nutrición y Salud Escolar. Sistema de Información por Escuelas Centinela para el Monitoreo y la Evaluación de los Programas de Alimentación Complementaria. Mayo 1996. Panamá

Lima, José. Sistema de Información local. Diseño e implementación para el Programa de Servicios Básicos en Áreas Prioritarias y la

Descentralización Municipal. UNICEF. febrero 1994
Corsi, J. Un Modelo Integrativo para la Comprensión de la Violencia Intrafamiliar.

Credidio, Indira; Mosca; Itza y Porcell Nadja. 1995. Propuesta de Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Silos de Juan Díaz.

OPS/OMS. 1994.Lineamientos para la atención Integral de la Violencia Intra familiar para el sector Salud. Coordinación Mujer, Salud y Desarrollo. Costa Rica.

OPS. 1994. Materiales de enseñanza sobre el Uso de la Epidemiología en la Programación Local de los Servicios de Salud. Paltex No. 34.

RESTREPO H. 1993. Propuesta de Acción para la Reducción de, los Factores de Riesgo de Accidentes y Violencias. Seminario Latinoamericano de Urgencias en Salud. OPS/OMS. Colombia.

Manuales

GUIDO Lea; Validación de Tamizaje de La Violencia Conyugal en los Servicios de Salud, San José de Costa Rica, Marzo de 1999

CABALLERO, Dora; ARANDIA, Marcia. Salud y Violencia Intrafamiliar: Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. Primera Edición. La Paz, Bolivia. 1998.

Folletos

CORSIS, Jorge: Un modelo integrativo para la comprensión de la violencia familiar. Universidad de Buenos Aires, Argentina. 1990.

BROWNE, A. & FINKELHOR, D.: Impact of child Sexual Abuse: A review of the research. Psychological Bulletin 99, 1986.

Estudios

SANTAMARÍA, Nilda: El Incesto Consecuencias para la Sobreviviente. Una visión desde la Psiquiatría. Presentado en el seminario de la Red Nacional contra la Violencia la Mujer y la Familia, Panamá, 1993.

PORCELL, Nadja y Otros: Propuesta del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Panamá, 2000.