

Instructivo Para La Utilización Del Formulario: Historia Clínica Por Sospecha De Violencia Intra Familiar

Objetivo:

El propósito del Protocolo es ayudar a profesionales de la medicina y otro personal de salud, en las instituciones públicas y privadas, a:

1. La identificación de las víctimas de VIF.
2. Cumplir con la ley 27 al realizar la notificación
3. Definir la estrategia de atención más adecuada para cada persona afectada.

Orientación

El protocolo está formado por una serie de formularios, cada una de los cuales tiene diferentes objetos

1. El Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intra/familiar y maltrato del menor, tiene el propósito de establecer la base para la denuncia legal del caso al igual que recaudar información sobre los hechos.
2. El Protocolo de Atención de Personas Afectadas por Violencia Intra/Familiar, tiene como objetivo; evaluar la sospecha de VIF y recaudar información necesaria para el seguimiento clínico del caso. Este seguimiento puede continuarse en la misma instancia de salud que inicia el caso.

El Protocolo evalúa los siguientes Ejes diagnósticos

- I. Datos Generales
- II. Historia Clínica
- III. Evaluación Médica
- IV. Evaluación del Estado Mental
- V. Evaluación Social

VI. Diagnóstico Bio-psico-social (Multiaxial)

Las normas del Ministerio de Salud determinan, que todo el personal de Salud en todos los niveles de Atención tiene la obligación de completar este formulario; cuando se les reporte o sospechen casos de VIH en las personas atendidas en los establecimientos de salud del país.

Eje I. Datos Generales.

Información general que recopila datos generales de la persona identificada como víctima. Si otra persona acompaña o brinda cualquier tipo de información adicional sobre el caso, también se registran los generales de esta persona.

La historia de admisión, hace referencia al motivo original de consulta en la instancia de Salud. El cual puede diferir del maltrato.

Personal Responsable: todo personal de Salud en cualquier nivel de atención.

Eje III. Historia Clínica.

Niñez

Etapas del desarrollo

Primeros recuerdos

Temperamento en la niñez

Trauma temprano

Desarrollo sexual

Salida del hogar

Familia de origen

Relación con los padres

Relación con los hermanos

Estabilidad del hogar

Método de disciplina

Historia institucional

Educación

Experiencia militar

Empleo

Problemas legales

Matrimonio

Medio social habitual

Vivienda

Familia

Ocupación

Amistades

Religión

Consumo de alcohol o drogas

Nivel económico

Aficiones

Hábitos

Otros

Experiencias más agradable/desagradable

Persona más influyente en su vida

Temores

Objetivo

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 el entrevistador.

Patrón de conducta: nivel de actividad, organización de la actividad, conductas autodestructivas, rutina diaria.

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, 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 el entrevistador puede preguntar sobre el comienzo, duración, periodicidad e intensidad de los síntomas. Los síntomas específicos se enumeran en el «Examen de estados mentales»

El punto 3, que se refiere a Historial de Maltrato, requiere que se registren datos sobre el primer incidente, el de mayor intensidad y el último que puede ser el que halla motivado la consulta. En este cuadro se debe especificar detalles de dónde, cuándo y cómo se dio el incidente y luego detallar la consecuencia emocional y física y /o socioeconómica.

Además, en el punto 5 se debe indicar el nivel de letalidad actual en el caso de VIF. Para esto, se deben considerar los siguientes criterios:

Las personas y las mujeres que viven en circunstancias de violencia, necesitan saber que corren más peligro cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Aumento de la frecuencia de las discusiones.
- Aumento en la hostilidad.
- Aumento de intimidaciones, tono desafiante o actitudes amenazantes.
- Intento de estrangulación.
- Hay un arma de fuego en la casa.
- Hay agresión en relaciones sexuales.

- La persona que agrede ingiere bebidas alcohólicas frecuentemente o drogas.
- El agresor/a amenaza con matarse a sí mismo o matar a otra persona de la familia.
- El agresor/a es posesivo o celoso.
- El agresor/a tiene actitudes sospechosas.
- El agresor/a tiene problemas con otras personas.
- El agresor/a lastima o mata a las mascotas de la casa.

El punto 5 requiere que se realice un Plan de seguridad Personal con la víctima que debe considerar el nivel actual de letalidad por VIF.

Elabore Un Plan De Seguridad Personal (PSP)

Para elaborar el PSP, la persona que entreviste debe facilitar que la/el sobreviviente considere los siguientes puntos:

- Tener una clave para la comunicación con su familia y/o amistades.
- Alertar a un vecino/a, cuando empiece la violencia.
- Deshágase de armas de fuego u otro tipo de armas, si hubiera en la casa.

Tenga Disponible

- Reserva de cierto dinero.
- Un juego de llaves extra.
- Número de carnet de identidad de usted y sus hijos(as), certificado de matrimonio, certificados de nacimiento.
- Recibos de luz, agua, otros servicios.
- Números de cuentas bancarias.
- Números telefónicos (actualizados) de la Policía, Brigadas de Protección a la Familia, Servicio Legal o casa de Refugio si hubiera en la comunidad.
- Tenga listo un bolso con ropa extra.

El punto 6, lista las instancias legales a quienes se les notificó sobre el caso o que actualmente estén involucrados en la atención del caso. Por ejemplo, si el nivel de letalidad es alto y requiere que la víctima utilice un albergue; para garantizar su seguridad y la de cualquier miembro de la familia, el mismo debe ser listado por su nombre.

Se le debe brindar las apropiadas referencias, especialmente el número de la línea caliente de Violencia Intra/Familiar (si la hubiera) o los teléfonos de policía.

Notificación Del Caso A Las Autoridades Legales

- Realizar la notificación mediante el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intra/Familiar y Maltrato Menores a las instancias legales correspondientes (Instituto de Medicina Legal o Personería). En algunos lugares de difícil acceso, se puede acudir a la Corregiduría, donde se tomarán las medidas de protección a la víctima, mientras se procede a enviar el Formulario a la autoridad correspondiente más cercana.
- Colaborar para que se garantice la seguridad de la víctima y de cualquier niño(a) dependiente: en caso de alto nivel de letalidad considerar hospitalización y/o coordinar con albergues, hogares sustitutos, entre otros.
- Proveer documentación para un posible uso en procedimientos legales; realizar la notificación del caso al Ministerio Público y las Fiscalías de Familia o Personerías, mediante el Formulario de Investigación por Sospecha de VIF y Maltrato al Menor. (Esta información debe limitarse a la necesaria, no incluir informes adicionales)
- Informar a la persona sobreviviente de las alternativas y los recursos disponibles. En casos de adultos(as), informársele que, para que se haga efectiva la intervención de autoridades, debe mediar denuncia por la persona afectada, ante la autoridad correspondiente.
- Si se llama a la policía o se refiere a la persona afectada, debe dejarse anotado en ambos, incluyendo el nombre de la persona u oficial que recibió la llamada.
- Anotar también si se está guardando evidencia o tomando fotografías.

- Anote la fecha en que se llenó y envió el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intra familiar y Maltrato de niños y niñas, y el lugar donde se envió.

Eje III. Evaluación Médica

El objetivo de la evaluación médica es la identificación de las heridas, laceraciones u otras consecuencias físicas o biológicas del maltrato.

Criterios Médicos indicativos de posible maltrato:

- Muerte de un infante por causa desconocida y con una historia clínica muy pobre, cuestionable o incongruente.
- Evidencia de abuso emocional (perdida de cabellos por estrés, suicidio, fugas o huidas del hogar, abuso de drogas, afecto aplanado, retraso en el desarrollo, niños(as) agresores).
- Negligencia cuidados médicos tardíos en caso de condiciones médicas graves.
- Ingestión de drogas o tóxicos con una historia sospechosa.
- Repetida ingestión de tóxicos o drogas.
- Supervisión de niños(as) pequeños(as) por menores de 12 años
- Severa deshidratación.
- Bajo peso sin condición médica que lo explique
- Heridas en la cabeza.
- Traumatismo craneal (fracturas, hematomas subdural). Su historia apropiada.
- Quemaduras que implique negligencia o historia dudosa.
- Fracturas sin explicación clínica apropiada.
- Moretones múltiples o que sugieran uso de instrumentos (correas, cordones, etc.).
- Heridas por medidas correctivas que permanecen después de 48 horas.
- Abuso intrauterino. Negligencia fetal, mala nutrición, sospecha de abuso de alcohol o droga en el embarazo.
- Mujer maltratada por su compañero durante el embarazo.
- Madres psicóticas que den razón para sospechar que el feto está en peligro.
- Abuso sexual. Heridas en los genitales, prostitución de niños(as), enfermedades de transmisión sexual en niños(as).
- Heridas de cigarrillo en varios niveles de cicatrización.

- Quemaduras con planchas, en la palma de la mano, en las nalgas, otros.
- Dos o más fracturas en diferentes estados de consolidación.
- Fractura en huesos largos en niños(as) que no caminan.
- Heridas circunferenciales (quemaduras, moretones cicatricos o laceraciones) en las muñecas, brazos, tobillos, piernas o cuellos.
- Múltiples golpes en lugares no visibles y/o en diferentes estados de curación.
- Evidencia del síndrome de jamequeo infantil (alterado nivel de conciencia, trauma de la cabeza, sin trauma externo evidente. Hemorragia intracraneal o de retina).
- Herida catastrófica con historia de caída rutinaria.
- Fractura de las costillas posteriores o ruptura de la unión cortovertebral.
- Dislocación de hombros, rodillas, etc.
- Heridas en un estado de cicatrización, que no concuerda con fecha del trauma. A través del mapa corporal se localizarán las lesiones antiguas y lesiones recientes, la apariencia y tamaño y el posible origen.

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.

Eje VI. Evaluación del Estado Mental

La evaluación del estado mental persigue evaluar el daño causado por la violencia en la salud mental de la víctima.

La información correspondiente al examen del estado mental se recoge durante la entrevista con la persona afectada. Estas observaciones pueden organizarse en el siguiente esquema de informe clínico.

- I. Actitud, apariencia y actividad motora
 - Habilidad para conducir la entrevista Contacto visual
 - Cooperación Facies
 - Fiabilidad/Integridad Actividad psicomotora
 - Vestimenta o aseó Temblores/tics/agitación
- II. Estado de ánimo y afecto
 - Depresión Aplanamiento afectivo
 - Ansiedad Labilidad afectiva
 - Euforia Afecto inapropiado
 - Cólera/hostilidad
- III. Estructura del pensamiento y del lenguaje
 - Anomalías estructurales Velocidad del habla
 - Incoherencia Producción del habla
 - Bloqueo
 - Perseveración
 - Pérdida de la capacidad asociativa
 - Fuga de ideas
 - Tangencialidad
 - Circunstancialidad
 - Distractibilidad
 - Asociaciones por el sonido/consonancia/juegos de palabras
 - Neologismos

IV. Contenido del pensamiento y del lenguaje

Preocupación/rumiación	Grandiosidad
Preocupación somática/hipocondría	Ideas de referencia/influencia
Desrealización/despersonalización	Religiosidad excesiva
Compulsiones/obsesiones	Delirios
Sueños y fantasías	Tipos y contenido

V. Percepción

Alucinaciones	Tipos y contenidos
Ilusiones	

VI. Sensorio y cognición

Orientación	Retención y recuerdo
Atención	Ejecución y órdenes
Memoria	Cálculo
Memoria inmediata	Abstracciones
Reciente	Información general
Remota	Juicio
Confabulación	Inteligencia estimulada

VII. Potencial de destrucción

Suicidio
Violencia

VIII. Insight y motivación

Reconocimiento de los problemas emocionales
Motivación para el tratamiento

Mecanismos de afrontamiento. Ver sección correspondiente al Eje II del Diagnóstico multiaxial sección referente a Mecanismo de Afrontamiento.

Personal responsable de la evaluación: el psicólogo y/o neurólogo o evaluador

Eje V: Evaluación Social

Por medio de la evaluación social se determina la funcionalidad familiar en cuanto a potencial o nivel de violencia, los factores psicosociales y la actividad psicológica, social, escolar y laboral.

Aquí se debe aplicar la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) Ver para esto instructivo en área de diagnóstico bio-psico-social sección de diagnóstico multiaxial. Eje V.

Persona responsable de evaluación trabajadora social y/u otro miembro del equipo de Salud 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.

Eje VI. Diagnóstico Bio-Psico-Social

El objetivo del diagnóstico bio-psico-social de la Violencia Intra/Familiar (VIF) es identificar que los problemas pueden ser objetos de atención, identificar si existen trastorno de personalidad, que pueden intervenir en la denuncia de VIF. Detectar y tratar los mecanismos negativos de afrontamiento del evento de agresión, además nos permite evaluar los factores de riesgo psicosociales que están influenciando en el funcionamiento biológico, psicológico, social y familiar de las personas.

Para realizar el diagnóstico que integre toda esta información y nos permita comprender y tratar la VIF integralmente, utilizaremos el modelo multiaxial del DSM IV (Manual Diagnóstico de Evaluación Mental de la Asociación Americana de Psiquiatras).

Sin embargo, mantendremos los códigos de la clasificación Internacional de enfermedades revisión 10 (CIE10).

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.

Los Sigüientes Ejes Diagnósticos Son Utilizados En El Modelo Multiaxial Del DSM IV:

Eje I Problemas que pueden ser objeto de atención. Trastornos clínicos.

Eje III Trastorno de la personalidad, retraso mental y otro trastorno del desarrollo.

Eje IV Trastorno del estado de ánimo.

Eje IV Problemas Psicosociales y ambientales.

Eje V Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

El diagnóstico debe comprender:

1. Diagnóstico de VME donde se debe describir el abuso o maltrato, las consecuencias

Consideraciones Para El Diagnóstico

Objetivo:

El diagnóstico debe comprender:

1. Diagnóstico de la VIF en donde se debe tipificar el abuso y maltrato, las consecuencias físicas y mentales e identificar al ofensor(a).
2. Se debe identificar si existe o no un trastorno de personalidad o trastorno en el desarrollo en los casos en donde se considere imperante en la dinámica de la VIF.
3. Diagnóstico de los factores de riesgo precipitantes o desencadenantes de la VIF y/o los factores psicosociales condicionantes.
4. Diagnóstico de la funcionalidad social y el nivel de auto agresión o agresión hacia otros.

Orientación:

El aporte más importante que el o la profesional de salud puede realizar en los casos de Violencia Intra/Familiar es un diagnóstico inicial exacto y primario que señale que la agresión ha ocurrido.

REGISTRO DE EVALUACIÓN MULTIAxIAL EN VIF

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

Eje I: Problemas objeto de atención

Trastornos Clínicos

Código diagnóstico(CIE-10)

Nombre

____ _ ' ____ _
____ _ ' ____ _
____ _ ' ____ _

Eje III: Retraso mental

Trastornos del desarrollo

Código diagnóstico(CIE-10)

Nombre

____ _ ' ____ _
____ _ ' ____ _

Eje III: Enfermedades médicas

Código diagnóstico(CIE-10)

Nombre CIE-10

____ _ ' ____ _
____ _ ' ____ _
____ _ ' ____ _

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

- ____ Problemas relativos al grupo primario. Especificar: _____
- ____ Problemas relativos al ambiente social. Especificar: _____
- ____ Problemas relacionados con la enseñanza Especificar: _____
- ____ Problemas laborales Especificar: _____
- ____ Problemas de vivienda Especificar: _____
- ____ Problemas económicos Especificar: _____
- ____ Problemas relativos al acceso a los servicios médicos Especificar: _____
- ____ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o criminal.
Especificar: _____
- ____ Otros problemas psicosociales y ambientales.
Especificar: _____

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global

Puntuación: _____

Período de tiempo: _____

Ejemplo De Un Registro De Evaluación Multiaxial

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros el formulario puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

Eje I: Problemas que pueden ser objeto de atención

Trastornos Clínicos

Código diagnóstico(CIE-10)

____ _
____ _
____ _

Nombre

abuso sexual por parte del primo
estrés post trauma
Intento autolítico con objeto cortante

Eje III: Retraso mental

Trastornos del desarrollo

Código diagnóstico(CIE-10)

____ _
____ _
____ _

Nombre

Tr. específico del aprendizaje
Nivel de distorsión de imagen de sí mismo.
Devaluación, autocastigo.

Eje IIII: Enfermedades médicas

Código diagnóstico(CIE-10)

____ _
____ _
____ _

Nombre CIE-10

Rasguños y laceraciones en labios mayores
de genitales externo y muslo izquierdo

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

263 Problemas relativos al grupo primario. Especificar: supervisión y control inadecuado
de padre y madre

____ Problemas relativos al ambiente social. Especificar: _____

____ Problemas relacionados con la enseñanza Especificar: _____

256 Problemas laborales Especificar: desempleo del padre

____ Problemas de vivienda Especificar: _____

____ Problemas económicos Especificar: _____

____ Problemas relativos al acceso a los servicios médicos Especificar: _____

____ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
Especificar: _____

267 Otros problemas psicosociales y ambientales.

Especificar: Experiencia atemorizante en la niñez

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global

Puntuación: 35

Período de tiempo: Admisión

Eje I

Problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Violencia Intra/Familiar

Tipo: Negligencia T74.0

Abuso físico T74.1

Abuso sexual T74.2

Abuso psicológico T74.3

Otros T74.8

No especificado T74.9

Supervisión control inadecuado de los padres 2.62.0

Superprotección de los padres 2.62.1

Problemas entre esposos o pareja 2.63.0

Otros

Trastornos clínicos

Trastornos clínicos F43.0

Reacción aguda de estrés agudo F43.1

Trastorno de estrés post - trauma F45

Trastorno somatoformo (incluye somatizaciones) F45

Trastorno no orgánico del sueño F51

Trastorno de la conducta alimentaria F50

Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de sustancias F10 a F19

Trastorno de vinculación de la infancia reactivo F94.1

Trastorno de vinculación de la infancia desinhibida F94.2

Suicidio y lesiones intencionalmente infligidos X60 – X84

incluye: intento de suicidio.

Debe indicarse la causa.

otros

Eje I
ESTRÉS POST TRAUMÁTICO código F43.1

Pautas para el diagnóstico según CIE 10

- a) Hecho traumático de excepcional intensidad (p.ej. violación)
- b) El comienzo de los síntomas aparece después de haber ocurrido el trauma.
- c) 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 psicotrópicas 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.

Eje I

Se diagnostica la Violencia Intra/Familiar como un diagnóstico primario que debe ser objeto de atención clínica. Además hemos identificado otros problemas que pueden estar presentes en la violencia Intra/Familiar y deben ser también objeto importante de atención.

En el eje I también se diagnostican trastornos clínicos psiquiátricos y hemos identificado los más frecuentes, que aparecen como consecuencia de la Violencia Intra/Familiar.

Eje III

Trastornos de la personalidad

Trastorno paranoide de la personalidad.

Trastorno esquizoide de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad.

Trastorno de la personalidad por evitación.

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad.

Trastorno de la personalidad no especificado.

Retraso mental y otros trastornos del desarrollo

Trastorno generalizado del desarrollo.

Trastornos específicos del desarrollo.

Eje III

Se diagnostican los trastornos de personalidad y del desarrollo si existen. En algunos casos, es importante este diagnóstico debido a que pueden afectar la evolución y pronóstico de la Violencia Intra/Familiar.

En el eje II también se pueden colocar los mecanismos de defensa (o estrategia de afrontamiento) que son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y la amenaza de origen interno y externo como es la Violencia Intra/Familiar.

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 los demás).

Nivel de acción: ante la amenaza de origen interno o externo hay una acción o *** (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).

Eje III

Trastorno y estado físico

Ejemplos:

Traumatismo, envenenamiento y otras consecuencias de causa externa S00-T98

Traumatismo intracraneal S06

Contusión S06.0

Edema Cerebral Traumático D06.1

Traumatismo cerebral difuso S06.2

Traumatismo cerebral S06.3

Hemorragia epidural S06.4

Hemorragia traumática S06.5

Hemorragia traumática subaracnoidea S06.6

Traumatismo intracraneal con coma prolongado S06.7

Eje III

Se diagnostican el tipo de traumatismo y envenenamiento y otras consecuencias de la VIF además, se señalan el medio o instrumento que se utilizó para originar el trauma.

También es el eje III sobre todo en niños(as) y adolescentes se diagnostica el grado de desnutrición.

También se registran si hay defectos congénitos o cualquier otro tipo de discapacidad o enfermedad crónica, que se constituya en un factor de riesgo.

También el embarazo o cualquier otra condición física relacionada con el maltrato.

Eje IV

Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo familiar.

Problemas relativos al ambiente social.

Problemas relativos a la educación.

Problemas laborales.

Problemas de vivienda.

Problemas económicos.

Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen.

Otros problemas psicosociales y ambientales.

Eje IV

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el eje I, con un código derivado del apartado “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”. Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

Problemas relativos al grupo familiar: por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño(a), disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos(as); nacimiento de un hermano(a).

Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo(a), apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).

Problemas relativos a la educación: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor(a) o con los compañeros(as) de clase, ambiente escolar inadecuado.

Problemas laborales: por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflicto con el jefe(a) o los compañeros(as) de trabajo.

Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflictos con vecinos(as) o propietarios(as).

Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.

Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transporte hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.

Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición de desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros(as), asistentes sociales o médicos(as), ausencia de centros de servicio social.

Al utilizar el riesgo de evaluación multiaxial, el clínico debe identificar las categorías relevantes de problemas psicosociales y ambientales e indicar los factores específicos implicados en ellos. Si no se utiliza un formulario de riesgo con un listado de categorías de problemas, el clínico simplemente puede enumerar los problemas específicos del Eje IV

Eje V

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Código (nota: utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. Eje., 45, 68, 72)

100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas
91 de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

90 Síntomas ausentes o mínimos (p. eje., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas
las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente
satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. eje., una discusión
81 ocasional con miembros de la familia).

80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes
psicosociales (p. eje., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera
71 alteración de la actividad social, laboral o escolar (p.eje., descanso temporal del rendimiento escolar).

70 algunos síntomas leves (p. ej., Humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad
social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general
61 funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

60 Síntomas moderados (p. ej., Afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales)
o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos(as), conflictos
51 con Compañeros(as) de trabajo o de la escuela).

50 Síntomas graves (p. ej., Ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier
alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos(as), incapaz de mantenerse
en
41 un empleo).

40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces
ilógico, oscuro o irrelevante) o alteraciones importantes en varias áreas como el trabajo escolar, las
relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita
a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño(a) golpea frecuentemente a
31 niños(as) más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).

30 La conducta está considerada influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave
de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada,
preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en caso todas las (p. ej., Permanece en la cama
21 todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos/as).

20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., Intentos de suicidio sin una expectativa
manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de
mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de
11 la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo)

10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o
incapacidad persistente para mantener la higiene personal o acto suicida grave con expectativa
1 manifiesta de muerte.

0 Información inadecuada

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser completada con relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)». En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al periodo actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. En algunos centros clínicos puede ser útil completar la EEAG tanto en el momento de la admisión como cuando se dé de alta. La EEAG también puede completarse en otros periodos de tiempo (p. ej., mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año). La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis el periodo de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «(actual)», «(mayor nivel en el último año)», «(en el alta)».

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales. Con esta intención, en el apéndice B se ha incluido una escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL) (v. pág. 776). Se han propuesto dos escalas adicionales que también pueden ser útiles en algunos centros: la escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR)(v. pág. 774) y la escala de mecanismos de defensa (v. pág. 767). Ambas se han incluido en el apéndice B.

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).

I. Aspectos generales

A. Establecimiento de la relación

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

B. Obtener información general

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

III. Historia del desarrollo

A. Familia.

1. La evaluación de la estructura familiar incluye entrevistas individuales con los padres.
2. Registrar la actitud del niño(a) hacia cada uno de los padres.
3. Relaciones del niño(a) con sus hermanos(as).
4. Historia psiquiátrica familiar.
5. Historia de la infancia de los padres.
 - a. Relaciones con sus propios padres y hermanos.
 - b. Métodos de disciplina utilizados; evidencia de abuso o alteración.
 - c. Nivel de educación y ocupación actual.

6. Circunstancias en relación con el nacimiento del niño(a); si es adoptado y circunstancias y motivo de la adopción.

B. Etapas del desarrollo.

1. Físico.

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

2. Conductual

- a. Control de esfínteres y otros aprendizajes: respuesta a la disciplina y métodos usados.
- b. Reacciones al comenzar la guardería o la escuela.
- c. Patrones de sueño; alteraciones del sueño.
- d. Fobias.
- e. Hábitos especiales (p. ej. Mojar la cama, succionar el pulgar).

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

D. Nivel actual de funcionamiento.

1. Rendimiento escolar.
2. Aficiones y actividades extra escolares.
3. Relaciones con los amigos(as).
4. Relaciones con otros adultos que no sean padres.
5. Hábitos alterados o poco usuales.
6. Aspiraciones y ambiciones.
7. Salud actual y medicaciones.

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

A. Pensamientos del niño(a) sobre el problema.

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

B. Revisión de los síntomas.

1. Síntomas vegetativos.
2. Síntomas de ansiedad.
3. Síntomas psicóticos.
4. Ideas de suicidio, otros actos autodestructivos.
5. Rumiaciones o actos violentos.
6. Uso de sustancias.
7. Experiencias de victimización.

C. Examen del estado mental.

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

IV. Considerar la obtención de otras informaciones

- A. Pruebas psicológicas.
- B. Consultas médicas: pediatra, neurólogo.
- C. Informe escolar, entrevista con los maestros.
- D. Entrevistas con otros adultos significativos (padre/madre que no tienen la custodia, abuelos(as), asistentes sociales).
- E. 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).

1. Aspecto.
2. Estado de ánimo o afecto.
3. Orientación y percepción.
4. Mecanismos defensivos.
 - a. Defensas más importantes.
 - b. Expresión y control de los afectos y de los impulsos agresivos.
5. Integración neuromuscular.

6. Características del pensamiento y del lenguaje; tipo de lenguaje; vocabulario.
7. Fantasía.
 - a. Sueños.
 - b. Dibujos.
 - c. Deseos.
 - d. Juegos.
8. Superyo
 - a. Ideal del yo y valores.
 - b. Integración en la personalidad.
9. Concepto de sí mismo(self).
 - a. Relaciones objetales.
 - b. Identificación.
10. Conciencia de los problemas.
11. Valoración de la inteligencia.
12. Resumen del examen del estado mental.

De Simmons, J. E.: *Psychiatric Examination of Children*, 4ª. Ed. Lea & Febiger, Filadelfia, 1987. Con autorización del editor.

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.

FICHA SOCIAL

1. **COMPOSICIÓN FAMILIAR:** (incluir los familiares/personas que guarden relación significativa con el afectado/a, que viva o no en la familia).
2. **RELACIONES FAMILIARES:** (Relaciones de poder, derechos y deberes, socialización de género, manejo de conflictos, mantenimiento de los roles de los diferentes subsistemas, métodos de crianza).
Definir cómo las relaciones familiares se han dado en las siguientes áreas: mental, subsistema parental, parental, fraterno, de varones, de mujeres.
Describir el comportamiento del afectado/a frente al problema (las alianzas, las triadas chivos expiatorios, actúa para evadir que los abusos escalen etc.) y la actitud del afectado/a frente al problema:
3. **PROBLEMAS DE LA FAMILIA:**
alcoholismo, drogadicción, enfermedades, muerte, abusos previos)
4. **RELACIONES CON LA COMUNIDAD:**
Especificar si existe aislamiento social por temor a la persona que agrede.
Investigar sobre la participación comunitaria y actividades recreativas.
5. **SITUACIÓN ECONÓMICA:**
Distribución de bienes según género, ver instructivo)
6. **SITUACIÓN DE LA VIVIENDA:**
Propietario, condiciones
7. **SITUACIÓN ESCOLAR Y LABORAL:** nivel, acceso a participar de estas actividades, nivel de rendimiento.
8. **OTROS PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:**
Los que determine la persona afectada

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.

Formulario de Investigación por
Sospecha de Violencia Intra/Familiar y
Maltrato al Menor

Cada Centro de salud debe tener un formulario: INFORME DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRA/FAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR. La siguiente información debe estar incluida:

- Nombre de la institución.
- Fecha y hora en que se realiza el llenado del formulario
- N° de Expediente.
- N° de Cédula.
- N° de Seguro Social.
- Nombre, edad, sexo, estado civil, dirección, teléfono, lugar y teléfono del trabajo, de la víctima.
- Nombre del/la informante.
- Datos generales de quien le trae (nombre, cédula, parentesco o relación con la víctima).
- En caso de quien le trae sea la misma persona que notifica, repetir el nombre y no los datos.
- Hallazgos clínicos.
- Examen físico, Ginecológico, Psicológico y Social.
- Pruebas de laboratorio.
- Tipo de violencia, instrumento utilizado, incapacidad laboral, si fue referido y dónde, tratamientos.
- Nombre, firma y cargo del que notifica.
- Es importante señalar en el expediente fecha y hora de la llegada de la víctima, además la fecha y hora, en que ocurrió la agresión. Esto puede dar una idea de qué clase de evidencia debe buscarse en el cuerpo de la víctima.
- En la historia clínica claramente registrar el nombre del funcionario(a) que atendió a la persona afectada.
- Especificar no sólo el tamaño, patrón y descripción de todas las lesiones, sino también el sitio de cada lesión. Por ejemplo, las “contusiones múltiples y los desgarros” nos darán una imagen clara a un(a) Juez o jurado, pero las

“contusiones y los desgarros de la garganta” indicarán claramente el atentado de estrangulamiento. Si fuera posible, hacer un mapa corporal de las lesiones. Incluir signos del abuso sexual y cualquier marca en la piel de la persona afectada.

Si la persona afectada presentara abuso (sexual, físico, psicológico o económico), como la fuente de la agresión, debe incluirse una declaración en ese sentido en la historia clínica. Usted no incurre en ninguna responsabilidad legal cuando registra los hechos médicos en forma objetiva y documentada. Para proteger tanto a la persona afectada como a usted mismo(a), debe empezar la explicación de las lesiones de la persona afectada escribiendo “La persona afectada indicó...” y luego seguir señalando quién lesionó a quién, con qué. Recuerde que usted no puede ser responsable por registrar lo que diga una persona afectada, o los hechos médicos o su opinión experta. Sea conciso(a) no incluya circunstancias que conduzcan a la lesión, como: “El o ella vino a casa cerca de la medianoche; él estaba borracho; corrió a la cocina y tiró los alimentos que yo tenía calientes sobre el piso. Luego fue hacia...”

Este tipo de afirmación no es un hecho u opinión médica. Es inadmisible en el tribunal, pero podría dañar un caso si su afirmación registrada es inconsecuente con el testimonio en el tribunal.

Con personas afectadas maltratados(as) es importante relacionar los resultados físicos con el tipo de instrumento o arma que posiblemente se haya empleado. Registre cualquier referencia que la persona afectada haga del objeto que causó su lesión. Si el modelo de las lesiones es inconsecuente con la explicación de la persona afectada, es importante que esto se documente. Describir exhaustivamente el estado emocional de la persona afectada.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- AMERICAN Psychiatric Association, Violence and The Family. A.P.A., Washington 1996.
- AMERICAN Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders. Washington, DC: Author. 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.
- "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.
- 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 Familiar, editorial Paidós. Buenos Aires. 1989.
- HERMAN, JUDITH LEWIS: Trauma and Recovery. Basic Books, New York, 1992.
- SANTA MARÍA, Nilda, La Ruta Crítica que Siguen las Mujeres Maltratadas. Panamá, 1998
- 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 período de sesiones de la Asamblea General de la OEA.
- Ley N° 27 de 16 junio de 1995. Edición Ministerio de Salud, Panamá, 1996.
- 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 III, 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". Panamá, 1989.
- RUIZ, Mercedes M; TEJADA, Melba 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 Supervivencia y Evaluación Clínica y de Intervención, Colorado, 1996.
- WALKER, LEONOR E. The Battered Woman. Harper & Row, New York, 1979.

Manuales

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

Folleto

- 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.
- CLARAMUNT, María Cecilia. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa Mujer Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública. Mujeres Maltratadas Guía de Trabajo para la Intervención en Crisis. San José, Costa Rica. 1999.

Estudios:

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