



salud

Protocolo de Atención
a
Personas Afectadas
por Violencia Intrafamiliar

Manual Guía
de Procedimientos
y Responsabilidades
del Equipo
Multidisciplinario de Salud
que Atiende a Personas
Afectadas por Violencia Intrafamiliar

Panamá, febrero de 1998



Protocolo de Atención
a
Personas Afectadas por V I.F.

Manual Guía
de Procedimientos
y
Responsabilidades
del Equipo
Multidisciplinario de Salud
que Atiende Personas
Afectadas por la V.I.F.

Editado bajo los auspicios de la Organización Panamericana de Salud,
en Panamá.

Basado en la sistematización de información realizada por la Lic. Luz
Aleyda Terán B.

Artes e impresión: Diseños e Impresiones

Panamá, Febrero de 1998

2,000 ejemplares para validación.

INDICE

Presentación	5
Equipo profesional a cargo del siguiente trabajo	7
Introducción	11
Protocolo de atención a personas afectadas por la violencia intrafamiliar	13
1. Propósito del Protocolo	15
2. Pautas para la entrevista y examen físico y mental a las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar	17
2.1 Entrevista y examen físico durante la atención	17
2.2 Algunas pautas para entrevistar y examinar a las víctimas	17
2.2.1 Disposición de el o la paciente	17
2.2.2 Explicación de las lesiones	18
2.2.3 Tipo de lesión	18
2.2.4 Lesiones múltiples	18
2.2.5 Patrón de lesiones	18
2.2.6 Embarazo	19
2.2.7 Otros indicadores	19
2.2.8 Tranquilizantes	19
2.2.9 Consideraciones psicológicas	20
2.2.10 Creación de una atmósfera respetuosa	20
2.2.11 Si la víctima no hablara	22
3. Importancia del interrogatorio	23
4. Importancia de la confidencialidad de la información, sanciones administrativas y legales a la que deberán estar sujeto los(as) funcionarios(as), cuando no se cumple la Ley establecida	24
5. Uso de un protocolo para víctimas de la violencia intrafamiliar	26
6. Interpretación diagnóstica del atención clínica y detección de pruebas	27
6.1 Registro del paciente	27
6.2 Procedimiento para el fotografiado de víctimas de violencia intrafamiliar	30
6.3 Preservación de pruebas físicas	31
7. Tratamiento	32
8. Seguimiento y referencia	34
Formulario de protocolo de atención y seguimiento de personas afectadas por violencia intrafamiliar	36
Historia clínica	37

Mapa corporal femenino.....	39
Mapa corporal masculino	40
Genitales femeninos	41
Genitales masculinos.....	42
Formulario de evaluación del estado mental	43
Ficha social.....	44
Diagnóstico	45

Manual guía de procedimientos y responsabilidades del equipo multidisciplinario de salud que atiende personas afectadas por la violencia intrafamiliar.

1. Enfoque multidisciplinario	49
2. Responsabilidades específicas del equipo de salud.....	49
2.1 Evaluación física.....	50
2.3 Evaluación emocional	51
2.4 Referencias iniciales	51
3. Responsabilidad legal de los profesionales de atención de salud	53
4. Responsabilidades del personal del departamento de registros médicos y estadísticos de la instalación de salud	53
5. Responsabilidades del personal de registro	54
6. Responsabilidades de la enfermera(o) en la instalación de salud	54
7. Responsabilidades del personal de trabajo social	56
8. Responsabilidades del personal de psicología	59
9. Funciones básicas del personal de medicina.....	61
10. Responsabilidades del personal de medicina general y especialistas	62

PRESENTACION

El Ministerio de Salud de la República de Panamá ha venido impulsando un amplio proceso de sensibilización y reflexión sobre las implicaciones de la violencia intrafamiliar y el maltrato al menor en la calidad de vida de los panameños y las panameñas.

En el proceso de reforma y modernización de los servicios de salud se insertan mecanismos y procedimientos para la entrega de servicios de salud a la población y el ambiente que se concretizan en el nuevo modelo de atención a la población a través de los ejes de prevención, promoción, atención, y rehabilitación de las personas.

El accionar sobre una problemática social como es la violencia intrafamiliar que forma parte de las acciones que promueve el Ministerio de Salud en el marco de las transformaciones dirigidas a elevar la calidad de vida de las personas desde la perspectiva biopsico-social al considerar a los y las individuos/as como seres integrales insertos en un medio social y físico que incide en la salud o en la enfermedad de las personas, vistas éstas como un todo donde la salud física, psíquica y ambiental están directamente interrelacionadas.

Respondiendo al planteamiento anterior, con el fin de mejorar la cobertura de los servicios, de aumentar las posibilidades de brindar una atención oportuna, adecuada y de optimizar los recursos humanos y materiales se ha elaborado el documento que presentamos a continuación. Este protocolo establece los procesos adecuados para la atención de personas afectadas a partir de la función específica que desarrolla cada profesional que labora en las diferentes *instituciones* de salud tanto públicas como privadas a nivel *nacional* y de la necesidad de desarrollar un trabajo

La Comisión Interinstitucional del sector Salud ha desarrollado una ardua labor, un trabajo comprometido y en equipo que ha permitido la combinación de esfuerzos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales. También se ha contado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud a fin de presentar a ustedes ésta valiosa herramienta de trabajo.

AIDA LIBIA MORENO DE RIVERA

 $22\Gamma F,^0$ a

Equipo
de profesionales
a cargo
del presente trabajo

Area de Normas de Atención a Ancianos

1. Licda. Rita Tejada de Moreno
2. Licda. Adela E. Monteza
3. Licda. Elida de González
4. Licda. Mariela Chacón

Area de Atención Breve y de Emergencia

1. Licda. Mirna P. de Martínez
2. Dra. Fania de Roach
3. Licda. María Vargas
4. Licda. Berta Jaramillo
5. Licda. Nubia de Flores
6. Licda Luz Aleyda Terán B.
7. Licda. Lesbia de Bustavino
8. Dra. Elsa Urrutia
9. Dr. Víctor Him
10. Licdo. Raúl Cárdenas
11. Dra. Aura de Serrano
12. Licda. Hermelinda Rodríguez

Area de Ofensores

1. Licda. Lidia Sinistierra
2. Enfermera Alina Vidal
3. Dr. Eduardo Escobar

Area de Mujeres Maltratadas

1. Licda. Gilma de León
2. Licda. Una de Camaño
3. Dra. Ivonne de Regalado
4. Licda. Xenia Ureña
5. Enfermero Austin Wilkins
6. Licda. Arabia de Crismat

Area de Normas de Atención a Menores Maltratados(as)

1. Dra. Amaralis Amador
2. Jeannette Meléndez
3. Lucinda Urrutia de Díaz
4. Licda. Doris Gibbs

5. Licda. Marina Vega
6. Licdo. Manuel de J. Campos
7. Elsie Saavedra

Arcas de Menores Maltratados(as) Sexualmente

1. Licdo. Marcos G. Reyes C.
2. Licda. Linda Guevara
3. Dra. Nilda Santamaría
4. Dr. Tomás Alonso
5. Dra. Carmen Gibson

Area de Atención a Personas Abusadas Sexualmente

1. Licda. Ana Iris de Adames
2. Licda. Yara Guardia
3. Licda. Elsa González
4. Licda. Luisa Arango
5. Licda. Marina Salvatierra
6. Licda. Leila González
7. Dr. Joaquín Naranjo

Equipo Mujer, Salud y Desarrollo del MINSA

1. Licda. Martha Icaza
2. Licda. Lelys Guadalupe Rivera
3. Prof. Carlos Ochoa

Organización Panamericana de la Salud (Programa: Mujer, Salud y Desarrollo)

1. Licda. América Valdés M.

INTRODUCCION

La visibilización de la Violencia Intrafamiliar (VI^F) como un problema de salud que tiene repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas, ha impulsado a que organismos internacionales, por un lado, a través de Cumbres, Declaraciones, Conferencias y Acuerdos; y la sociedad civil, por el otro, sobre todo las mujeres, a través de movimientos de denuncias, atención y formulación de propuestas y leyes; hayan coincidido en aunar esfuerzos, desde El Cairo, Beijing, Copenhague, hasta Belén Do Pará, en Brasil, cuando en 1994 se firma la Convención para "Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer".

La violencia intrafamiliar, al ser producida y reproducida en el marco de una situación de abuso de poder, donde la víctima, sobreviviente o cliente, por lo general conlleva una serie de signos, que van más allá de los físicos y de aquellos síntomas observables a simple vista, como es el caso del daño psíquico, el cual conlleva una gran cantidad de manifestaciones y, requiere, por parte de las/ los profesionales de salud de una preparación, sensibilidad y conocimiento muy específico, acerca de la dimensión del problema, de sus repercusiones y de su atención.

Es producto de ésta última situación, que se hace necesario el desarrollo de un protocolo de atención en el cual se definan, muy específicamente, las funciones de las personas integrantes del equipo de salud, que de una u otra manera deberá atender a éstas víctimas, sobrevivientes o clientes.

Resulta muy peligroso atender a una persona agredida, con lesiones físicas y psíquicas producto de la violencia intrafamiliar, como si se tratara de una lesión más, negando con ello la existencia de la violencia, agrediendo una vez más a la persona sobreviviente del abuso, con una atención deshumanizada, y donde el ejercicio

del poder se repite al minimizar o ignorar la situación real de ese o esa paciente.

Es necesario considerar que muchas de las víctimas llegan a buscar atención, temerosas de indicar la causa real de sus lesiones, es por ello que el personal de salud, debidamente entrenado, deberá respetar las decisiones de la víctima y a la vez brindarle la orientación debida, sin que ello signifique obligarla a tomar decisiones, pero sí que ésta persona tenga conocimiento de cuales son las dimensiones de la violencia, que tiene alternativas de solución y de que el equipo de salud está dispuesto a ayudarla en el caso de que ella lo solicite.

La elaboración del Protocolo de Atención a Personas Afectadas por Violencia Intrafamiliar, es un primer paso, que se completará con las normas de atención a las mismas, recogidas en el Manual Guía.

Este trabajo forma parte del proceso que lleva a cabo el Ministerio de Salud de revisar la normativa de atención a la población, para incorporar a la misma los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de las conductas que afectan la salud de las personas. Esto también es parte de las actividades contempladas en el Plan Nacional de Atención, Prevención de la Violencia y Promoción de formas de Convivencia Solidarias.

Alcanzar una sociedad sana y libre de violencia requiere la prestación de servicios de salud con equidad, sin discriminación y con un amplio sentido de solidaridad a las personas involucradas. El protocolo representa una guía que ilustra y facilita este proceso.

Protocolo de Atención
a
Personas Afectadas por V.I.F.

El Protocolo es un documento que rige las consideraciones para una situación de maltrato, debe ser utilizado en todos los casos en que se atiendan personas afectadas por V.I.F. (Violencia Intrafamiliar).

1. PROPOSITO DEL PROTOCOLO

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,
2. definir la estrategia de atención más adecuada para cada paciente.

Forman parte del Protocolo las normas legales que se refieren específicamente a las personas afectadas por V.I.F. y maltrato a menores. En nuestro país existen leyes que respaldan la denuncia de la violencia y la atención de la misma, como diagnóstico primario. Las normas son: la Ley No. 27 de 16 de junio de 1995, el Código de Familia y, el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar, (que debe ser utilizado siempre, independiente del Protocolo).

Es necesario reconocer las situaciones de ALERTA, o de evidencia de una situación de V.I.F.

- Cuando la propia víctima lo manifiesta.
- Hallazgo de fracturas no patológicas.
- Lesiones físicas de causas poco creíbles o no congruentes con la explicación acerca de la ocurrencia.
- El intento de suicidio o auto agresión.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Reporte de problemas no definidos (ansiedad; fatiga, depresión, nervios, miedo, ira, falta de sueño, disociación, pérdida del apetito, pesadillas frecuentes, otros).
- Uso frecuente del Cuarto de Urgencias u otros servicios de salud.
- Diferentes lesiones, con diferentes niveles de cicatrización.
- Actividades sexuales no propias en niños o niñas.
- El rechazo de niñas o niños a lugares que anteriormente

prefería.

- Alteraciones bruscas de comportamiento
- Hematomas de tonos diferentes en las mismas áreas no congruentes con la explicación acerca de la ocurrencia.
- Quemaduras
- Abortos

Cuando una persona afectada supuestamente por violencia intrafamiliar, acude a los servicios de salud, se debe tener presente:

- Examinar la víctima sin la presencia de familiares o acompañantes (si es adulta); si es menor debe estar acompañado/a preferiblemente por una trabajadora de salud.
- Considerar espacios físicos separados y tiempos diferentes, para la atención de el/la agresor/a y el/la sobreviviente de VIF.
- Tomar fotografías con el consentimiento de la víctima bajo los reglamentos establecidos por el Instituto de Medicina Legal
- Preservar evidencias (balas, ropa, etc., coordinar con la RT.J. y/o Policía Nacional) por el tiempo convenido con las autoridades, según las leyes del país.
- Entregar las evidencias a las autoridades competentes en cada caso (si se trata de adultos o menores)
- Evitar hacer juicios sobre la situación de las personas
- Utilizar inmediatamente el Formulario de Investigación por Sospecha de V.I.F. y remitir las copias que compete a las autoridades (ésta información debe limitarse a la necesaria, no incluir informes adicionales).
- Es necesario realizar una adecuada valoración de la situación de violencia de la persona afectada, a fin de identificar si su seguridad, e incluso vida, están en riesgo.
- Si se llama a la policía o se refiere a la persona afectada, debe dejarse anotado en el Protocolo, incluyendo el nombre de la persona u oficial que recibió la llamada.
- Anotar también si se está guardando evidencia o tomando fotografías;

Mote la fecha en que se llenó y envió el Formulario de

Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato de Menores, y el lugar donde se envió.

2. PAUTAS GENERALES PARA LA ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO Y MENTAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIF

2.1. Entrevista y Examen Físico Durante La Atención

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

Igualmente es significativo identificar eficazmente el problema (tipo de abuso y de agresión). Para ello es necesario motivar a la o el paciente para que comunique sin ambigüedades y temor lo que le ha ocurrido. En caso de que la consulta de la o el paciente no sea primariamente por abuso o agresión, durante la evaluación integral se podrá detectar quejas sutiles no específicas o indicios indirectos en su comportamiento permitiéndonos llegar a la verdad de los hechos. El o la profesional que atiende a la o el paciente podrá aplicar cuestionarios que existan en su área de trabajo que le permitan detectar casos de Violencia Intrafamiliar. Cualquier interrogatorio debe estar libre de señalamientos y de juicios, debiendo utilizar los requisitos básicos de la técnica de la entrevista clínica y tomar en cuenta las cualidades de un(a) buen(a) entrevistador(a).

Todo el personal será instruido sobre el tema de la violencia, y el Equipo de Salud, que intervendrá será capacitado sobre el Protocolo, el Manual, las Normas de Atención y el rol de cada una de las partes en la agilización del trámite de estos casos, Según lo establecido en la Ley N° 27 de 16 de junio de 1995).

2.2. Algunas Pautas para Entrevistar y Examinar a las Víctimas

2.2.1. Disposición de el o la paciente

¿Está el o la paciente 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 o el paciente ¿parece ser excesiva con relación a las lesiones? Puede esperarse que las víctimas experimenten traumas de los sucesos que tengan que ver con sus lesiones y su relación con el o la agresor(a).

2.2.2. Explicación de las lesiones

Las heridas ¿coinciden con la historia? Por ejemplo, un ojo negro puede ser causado al golpearse con una puerta; el golpe no daría lugar a moretones en el cuello y los antebrazos.

2.2.3. Tipo de lesión

Las lesiones de las víctimas van desde moretones, golpes, huesos rotos, heridas con cuchillo o con arma de fuego. Las lesiones graves como fracturas y las lesiones internas a menudo son complicadas por el retraso en la búsqueda del tratamiento. Las víctimas son con frecuencia incapaces de obtener ayuda hasta que sus agresores(as) salgan de la casa. Pueden estar prisioneras durante días después de una agresión física. Las personas maltratadas pueden quejarse de dolor o de ansiedad, pero no presentar pruebas físicas. Las o los pacientes que buscan constantemente el tratamiento de urgencia para las lesiones menores quizás no sean hipocondríacas(os), sino víctimas de agresión que buscan ayuda.

2.2.4. Lesiones múltiples

La mayoría de las o los pacientes, a menos que hayan estado en un accidente automovilístico o catástrofe similar, vienen a la sala de emergencias con lesiones en una parte específica del cuerpo. Las víctimas de agresión a menudo tienen lesiones múltiples en varios sitios.

2.2.5. Patrón de Lesiones

Las víctimas de agresión presentan un "mapa corporal" de lesión diferenciado: en la cabeza, la cara, el tórax, las mamas y el abdomen. Otras(os) pacientes frecuentemente presentan lesiones en sus extremidades: manos, los antebrazos, muslos, las piernas y los pies. Si una mujer embarazada se presenta con lesiones en sus mamas y abdomen, es muy probable que sean el resultado de lesiones de una agresión física.

2.2.6. Embarazo

Un número significativo de mujeres son agredidas durante el embarazo. Los agresores con frecuencia golpean a las mujeres en las mamas y el abdomen con la intención declarada de causar abortos espontáneos. Las mujeres embarazadas, por su parte conscientemente evitan situaciones que podrían causar lesión al feto. En consecuencia, cualquier mujer embarazada que informe sobre un accidente o que esté siendo admitida debido a un aborto espontáneo debe examinarse cuidadosamente y sospechar posible VIF.

En caso de detectar que la paciente es víctima de violencia remitirla al equipo de VIF de la Unidad de Salud más cercana.

2.2.7. Otros Indicadores

Las víctimas pueden manifestar problemas que no necesariamente están limitados a las lesiones físicas. Muchas personas agredidas presentan indicadores de problemas de comportamientos graves psicosociales, problemas familiares con el transcurso del tiempo, incluyendo depresión, intento de suicidio, alcohol o abuso de drogas, trastornos de la personalidad y abuso de menores (entre ellos la desnutrición por negligencia). Las o los pacientes que presenten cualquiera de estos problemas deben tratarse cuidadosamente e investigarse sus antecedentes ya que pueden presentar traumas psíquicos como resultado de la agresión.

2.2.8. Tranquilizantes

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 víctimas pueden considerarse como neurosis o hipocondría. Obviamente, las personas que consume 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 consuma tranquilizantes cuando ésta debe regresar a un hogar donde el peligro existe.

2.2.9. Consideraciones psicológicas

Cuando alguien es físicamente o sexualmente atacado(a), también el área emocional se ve afectada. El sentido de seguridad de la víctima está destrozado; el mundo se torna inseguro e impredecible. No solo el cuerpo es agredido, sino que también el sentido de dignidad. Con víctimas de violencia intrafamiliar, estos problemas se multiplican. Cuando su hogar es inseguro, es difícil pensar que haya alguna parte en el mundo en el que esté seguro(a). Si el agresor(a) vive con la víctima su atacante nunca se va. El control de su vida diaria es imposible. Se vive con temor incesante, con humillación constante y se le recuerda en cada momento la indignidad que se sufre.

Las víctimas de violencia intrafamiliar pueden perder los sentimientos de autoestima y volverse conciliadores(as), aplacando y siendo tan discretas como sea posible. Utilizan el código del silencio que aprendieron en su infancia y adolescencia. Dado que las/los agresores(as) intentan invariablemente justificar su comportamiento culpando a la víctima y la misma sociedad tiende a apoyar esto, las víctimas pueden llegar a creer que en verdad han hecho algo para merecer la agresión. Por otro lado, las víctimas de agresión pueden volver la ira que sienten por el agresor(a) hacia el centro médico y volverse hostiles con el personal de salud.

Cualquiera que haya tenido ocasión de tratar a las víctimas de agresión en estado de crisis debe conocer bien y ser sensible a las necesidades emocionales de las víctimas, así como a sus obvios traumas físicos.

Recuerde: una víctima que parece estar destrozada en medio de la crisis puede ser una persona extraordinariamente capaz una vez que la crisis ha pasado o cuando esté fuera de la situación violenta.

2.2.10. Creación de una atmósfera respetuosa

Lo primero y más importante es decirle a la víctima de agresión,

que ha hecho lo correcto, en forma directa y tratando francamente la situación. Las víctimas de agresión vienen a los establecimientos de atención de salud por ayuda. Solo si se sienten seguros(as), física y emocionalmente, podrán ser capaces de buscar y considerar alternativas viables. Las presuntas víctimas deben tratarse con calidez y respeto y tratarse como adultos (as). Por ejemplo refiérase a una víctima femenina como: "Señora María", no como "Mary". Pocas víctimas serán francas si un agresor(a) está presente o si no se le asegura confidencialidad, seguridad, o se le provee de privacidad.

Es difícil para las víctimas pedir ayuda. La culpa y la vergüenza pueden contrarrestarse con la seguridad de que nadie merece ser golpeado(a). Un acto violento es siempre la responsabilidad de la persona violenta esto es un punto importante de transmitir. Cuando las víctimas, se abren, las expresiones saludables de ira son comunes. Usted puede compartir la ira de las víctimas sobre su sufrimiento, haciéndoles más fácil que consideren el próximo paso para escapar de esa vida violenta.

La orientación de una víctima de violencia intrafamiliar requiere de un equilibrio sensible entre hacer demasiado y hacer muy poco. Si usted está relajado(a) y se siente capaz de hablar acerca de la agresión, usted puede que sea más fácil para que la víctima pueda conversar sobre la golpiza una forma más real y no de manera no valorativa. Debe evitarse despertar un sentimiento defensivo. Usted puede ser la primera persona en quien la víctima alguna vez ha confiado. Si el tiempo se lo permite, dele a la víctima la oportunidad de conversar y sacar todos sus sentimientos. Si no tiene suficiente tiempo para escuchar, no aliente a la persona a conversar; esto solo servirá para agregar sentimientos de rechazo y de aislamiento. Trate de encontrar a alguien más que si tenga tiempo y refiérase al paciente de inmediato. Tenga el cuidado de no agregar otra lesión psicológica secundaria con una actitud descuidada o de descrédito.

A veces, se requiere tener alguna práctica al hacer preguntas sensibles y sentirse cómodo(a) haciéndolo. La idea es practicar hasta que usted sienta más bien incómodo(a) cuando usted no hace ese tipo de preguntas sus pacientes. La motivación es el hecho

de que usted puede ser la primera persona que le indicará a una persona golpeada que hay formas para salir del aislamiento y el peligro que ella ha estado experimentando.. Al hacer esto refleja su preocupación por su seguridad física y bienestar emocional.

2.2.11. Si la víctima no hablara

Si una víctima niega que fue agredida(o) o rehusa conversar sobre eso no crea que sus esfuerzos han sido en vano. Muchas víctimas han llegado creer que no pueden escaparse o quizás no estén emocionalmente prepara para admitir la necesidad de ayuda externa ¡NO SE DESALIENTE! Usted todavía puede ayudarle dándole información y que el o ella sepa que no está sola(o) y que muchas(os) pacientes han venido con la misma clase de problemas. Informar a el o la paciente de que la agresión doméstica es generalizada y que ocurre en todos los niveles de la sociedad no importa la educación, la raza o la religión. Esto puede ayudar para que la víctima se de cuenta de que no se le culpará. Reitérele que muchos(as) pacientes en todos los momentos de la vida y en todas las condiciones han recibido ayuda y han podido rehacer sus vidas.

No se enoje con el o la paciente. Los(as) profesionales de salud pueden sentirse incómodos(as) oyendo historias que parecen increíbles y escalofriantes, por lo que pueden encubrir su malestar queriendo "salvar" a la víctima. Usted no puede vivir la vida de sus pacientes por ellas o ellos. La urgencia de resolver el problema puede ser suyo y no de ellas o ellos en un momento específico de tiempo. Un momento de crisis quizás no es apropiado para tomar una decisión. Ayudar a la víctima a centrarse en sí misma y en su propia seguridad, en mantener la calma y la compostura permitirá considerar alternativas más seguras. El personal de atención de salud puede informar a las víctimas de que existen mejores opciones y estrategias que le han funcionado a otras personas y apoyarles para que saquen sus propias conclusiones. Usted puede dar reafirmación, respeto, amabilidad, información, esperanza para el futuro, apoyo moral y referencias.

Puede ser difícil dejar a un(a) paciente que siga en una situación crítica sobre todo cuando no se vislumbra un cambio inminente. Su identificación y apoyo a ella son invaluablemente importantes.

Usted se ha ofrecido como recurso, y aunque la persona no sea una víctima, la información que usted le proporcione puede ser de ayuda para ella personalmente en el futuro, o puede ser de ayuda para un amigo(a) o pariente. Usted puede informar a sus pacientes que usted hace habitualmente preguntas de evaluación acerca de la violencia intrafamiliar precisamente porque es tan común, y porque muchas víctimas se sienten aisladas(o), no son conscientes que hay servicios y leyes diseñadas para ayudarles y protegerles.

3. IMPORTANCIA DEL INTERROGATORIO

1. Una buena entrevista es probablemente el instrumento más importante de una investigación. Para evaluar la confiabilidad y credibilidad del reporte del abuso.
2. Las técnicas para entrevistar adultos sobrevivientes de VIF, NO sirven con niños o niñas. Son diferentes a las técnicas para entrevistar a sobrevivientes de abuso sexual y a las técnicas para entrevistar niñas/os, ancianas/os maltratadas/os o abusadas/os sexualmente. Las diferencias de edades tienen mucho que ver en el uso de las técnicas.
3. Se requiere de habilidad, sensibilidad y conocimiento para entrevistar a cada víctima, según su etapa de desarrollo.
4. Quien entrevista debe conocer no sólo las necesidades del sistema legal, sino que debe conocer los efectos y dinámicas del abuso sexual en niños, niñas o adultos.
5. El propósito del interrogatorio, es el reunir la mayor información confiable posible. Por lo que la forma en que las preguntas son hechas debe permitir valorar la legitimidad del caso.
6. La sensibilidad para interrogar, NO requiere que sacrifique la objetividad.
7. Un interrogatorio bien hecho, NO somete a la persona sobreviviente de VIF a un segundo trauma.

¿Cómo debe prepararse una entrevista?

- Lea la información disponible sobre el caso.

- Obtenga información sobre edad, escolaridad, familiares, si hay algún tipo de incapacidad física o mental.
- Averigüe si la persona sabe escribir, leer, contar, decir el tiempo. Así como la terminología que usa la familia genitales y conductas sexuales. Las palabras utilizadas por el niño, cualquier signo de estrés físico, de antes o después de la revelación.
- NO espere siempre, que la información que obtuvo sea idéntica a la que de la víctima.
- Esté preparado/a para cualquier cosa y sea, cuidadoso/a de controlar sus expectativas o reacciones que puedan influenciar no solo a niños/as.

Criterios para hospitalización

- a. Porque la condición física lo amerita.
 - b. Si la familia de la víctima no le cree o no coopera
 - c.- Si no se sabe quien es el agresor.
 - d. Si se considera el riesgo de suicidio
 - e. Si presenta características de conducta psicótica. En estos casos buscar intervención psicoterapéutica y evitar medicación hasta que se evalúe la disminución del daño.
- E Si la víctima está expuesta/o al agresor/a.

4. IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN, SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y LEGALES A LAS QUE DEBERÁN ESTAR SUJETO LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS), CUANDO NO SE CUMPLE LA LEY ESTABLECIDA.

Refiérese a los artículos 6, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 27 de 16 de JUN-1995

4.1. Privacidad y Carácter Confidencial

Un(a) acompañante excesivamente solícito(a) que insiste en permanecer cerca del paciente debe despertar sospecha. Alguien que tenga que esconder información tratará de quedarse cerca de la víctima para evitar que haga acusaciones o que busque ayuda adicional. Los(as) agresores(as) son expertos(as) en intimidar a sus víctimas para que no busquen tratamiento, no lleguen a las salas de trauma ni a las oficinas de entrevistas, a menudo

intimidando hasta al personal de tratamiento. En otros momentos, los(as) agresores(as) toman una postura muy obediente, llenos(as) de remordimiento y esperando ganar la solidaridad del personal de tratamiento. A veces también se valen de otros miembros de la familia o autoridades para obtener información vía teléfono acerca de la víctima. Por ejemplo, se han conocido agresores(as) que se hacen pasar por oficiales policiales, por guardias de seguridad, enfermeros(as), del hospital, ayudantes de ambulancia y por otras autoridades de salud o de los sistemas de justicia. La información sobre las víctimas nunca debe suministrarse por teléfono. Cuando a enfermera(o) o el (la) médico(a) enfrenta al responsable, alguien debe actuar calmadamente pero insistir firmemente que solo se permite la entrada del paciente en el área de tratamiento. No dude en llamar a seguridad o la policía si usted presiente algún peligro. Una vez que se tenga la privacidad y un lugar seguro para conducir la entrevista, la o el paciente podrá hablar francamente. Así mismo, el o la paciente debe estar seguro de que habrá confidencialidad y respetará sus derecho de privacidad. A la o el paciente también debe ofrecérsela una salida o escape después de la entrevista si esto se requiere.

Es importante familiarizar a la víctima plenamente con la probable progresión de una situación violenta. Es fútil esperar que la violencia sencillamente se detendrá sin intervención. La agresión con frecuencia conduce a la víctima a otros problemas como el abuso de drogas, el alcohol o abuso de menores. Escuche seriamente la percepción de la situación que la víctima tenga y respete la evaluación de los riesgos y la seguridad del ambiente que ella tenga. Bajo ninguna circunstancia, sin embargo, debe minimizarse la posibilidad de peligro solo porque no es evidente aún, una lesión potencialmente mortal o porque todavía no se ha infligido.

Si la víctima decide regresar a su hogar; puede reaparecer la violencia. Se le debe sugerir tener un plan de acción que incluya tener los documentos importantes disponibles fácilmente, tener acceso inmediato a un juego extra de llaves, dinero para emergencia, transporte, números de teléfono de la policía, y que tenga un lugar seguro donde pasar la noche. Los programas de violencia intrafamiliar pueden convertirse en un recurso excelente para

complementar, su plan de salir rápidamente de un hogar inseguro.

Asegúrele a la víctima que usted está preocupado(a) por ella y que puede contar con su apoyo, pero resista la tentación de presionarla(o) para que acepte su ayuda, o de contactarla 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 opciones. Ofrezca consuelo, compasión y esperanza.

5. USO DE UN PROTOCOLO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La prevención de la violencia en la sociedad, específicamente la violencia intrafamiliar, es la preocupación y la responsabilidad de todas las personas. Ignorar los hechos y las estadísticas que indican el vasto alcance de la violencia en la familia es seguir conspirando con silencio y descuido.

Los/las profesionales de atención de salud que pueden aprender a entender la dinámica de la violencia intrafamiliar y que pueden identificar, tratar y referir a las víctimas deben ser conscientes de que están comenzando a preparar innumerables individuos(as) para que vivan vidas libres de violencia. Las instalaciones de atención de salud donde se implementan los programas y protocolos sobre el tema de la violencia intrafamiliar servirán como un ejemplo importante para otras instituciones. Solo así se puede lograr la meta de interrumpir el ciclo de la violencia.

La expectativa de lograr una transformación súbita y completa y que sus pacientes agredidos(as) pasen de un hogar violento a una existencia segura no es realista. Que esto mejore con el transcurso del tiempo, sí lo es.

Usted puede ayudar, al identificar la víctima, al reconocer la no aceptabilidad de la violencia, al ofrecer apoyo y al proporcionar ánimo y dar las apropiadas referencias, especialmente el número de la línea caliente de violencia intrafamiliar (Si la hubiera) o los teléfonos de la policía. Al hacerlo, usted cumple con las más altas

tradiciones de la profesión de la salud.

"La violencia intrafamiliar debe colocarse a la altura del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y otros esfuerzos de investigación bien financiados. Muchos investigadores indican que hasta que traduzcamos la violencia y la agresión, en cómo lesionan a las personas cuánto dinero nos cuesta a los contribuyentes, como afectan la moralidad y cómo amenazan nuestra misma civilización, entonces sencillamente estaremos golpeando nuestras cabezas contra una pared de ladrillos".

Karil Klingbeil,
M.S.W.A.C.S. W

5.1. Identificación

La violencia intrafamiliar es cada vez más reconocida como un problema de la comunidad que debe ser abordado por las instituciones de atención de salud. Los cuartos de urgencias, Centros de Salud y Policlínicas son puertas de entrada en el sistema de salud para muchas víctimas. Estas llegan en un estado de confusión, temor y desesperación. Muchas víctimas han sufrido las lesiones repetidamente y el abuso emocional en forma prolongada. Algunas casi han perdido sus vidas o sienten temor de perderlas. En vista de que la víctima de violencia intrafamiliar está en crisis y a menudo no puede tomar decisión inmediata, el personal de salud proporcionará la atención más eficaz, en la siguiente forma:

Acercarse al paciente de una manera empática;

- Promover un ambiente de seguridad y confianza.
- Transmitir a la víctima que sentimos respeto por él o ella y que somos capaces de ofrecerle apoyo sin establecer juicios
- Realizar preguntas abiertas y directas acerca de la posibilidad de VIF

6. INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA DE LA ATENCIÓN CLÍNICA Y DETECCIÓN DE PRUEBAS

6.1 Registro del Paciente

La agresión es generalmente un problema que tiende a aumentar en frecuencia y en gravedad y es acompañado de un intervalo de problemas conductuales y psicosociales que van desde el abuso de alcohol al intento de suicidio y de violación. Si una

presunta víctima ha recibido tratamiento previo en su institución, deben examinarse los antecedentes. ¿Revela la historia médica muchos "accidentes"? ¿Hay indicaciones de que las lesiones pasadas fueron de origen sospechoso? Recuerde que la falta de antecedentes no debe tomarse como que no es un caso sospechoso. Una víctima de violencia intrafamiliar no siempre volverá al mismo centro de atención cada vez que recibe una agresión física o el agresor(a) puede impedir que reciba tratamiento.

Deben mantenerse los registros cuidadosamente, ya que serán útiles si la víctima vuelve a visitar el centro de atención. En su próxima visita, la o el paciente puede estar más dispuesta(o) a aceptar ayuda y puede decidirse a denunciar al agresor(a). Este registro continuo de la agresión podría ser útil al Fiscal. Si la víctima niega que ha sido agredida, usted no puede escribir en el registro que lo fue. Pueden ponerse las siguientes alternativas: "presunto abuso" o "las lesiones probablemente pueden ser por una golpiza".

Recuerde que un caso legal en el futuro puede ganarse o perderse basado en la información, registros y las pruebas físicas recogidas en el cuarto de urgencias u otro sitio de tratamiento. Dado que puede solicitarse la comparecencia del registro de asistencia de la víctima, el personal del hospital, centro de salud o policlínica, deben ser conscientes de las implicaciones legales del registro. Dos consideraciones son especialmente importantes. En primer lugar, evite la interpretación subjetiva de los datos. El/la funcionario/a de salud puede certificar las lesiones y tipo de lesión, más la causa sólo puede ser sugerida o sospechada, y consignarse como, por ejm.:

- Herida cortante causada según el/la paciente refiere, por agresión.
- Contusión cerebral causada aparentemente por trauma con objeto sólido y pesado, etc.

En segundo lugar, todos los datos deben ser tan exactos y detallados como sea posible para evitar mala interpretación.

Un registro cuidadoso de los datos médicos y psico-sociales puede evitar que el personal del hospital, centros de salud, policlínicas, clínicas, tengan que comparecer ante los tribunales.

Es una buena idea contactar las autoridades competentes de su área (fiscalía auxiliar, juzgado de menores, personarías corregidurías) para familiarizarse con los procedimientos legales en los casos de violencia intrafamiliar.

Cada establecimiento de atención de salud debe tener un formulario: **INFORME DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MEJOR.** La siguiente información debe estar incluida:

- Nombre de la instalación
- 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 declara el (la) paciente 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 o el paciente:
- 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" no 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 el o la paciente.

Si el o la paciente 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 el o la paciente como a usted mismo(a) debe empezar la explicación de las lesiones de la o el paciente, escribiendo "La o el paciente indicó ..." y luego seguir señalando quién lesionó a quién, con qué. Recuerde que usted no puede ser responsable por registrar lo que diga un paciente, 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 inadmisibles en el tribunal, pero podría dañar un caso si su afirmación registrada es inconsecuente con el testimonio en el tribunal.

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

6.2 Procedimiento para el Fotografiado de Víctimas de Violencia intrafamiliar.

A todos(a) los(as) pacientes con lesiones visibles debe ofrecerle fotografiar las mismas. Explicar a las víctimas que:

- Esto es un procedimiento rutinario pero importante.
- El permiso por escrito de la víctima es importante antes de la toma de las fotografías (si es adulto). En el caso de menores

debe ser autorizado por el adulto que le represente.

- Debe ser desarrollado por el personal capacitado para tal tarea
- Las fotografías se convertirán en parte del registro médico del o la paciente y sólo pueden entregarse al Fiscal de Familia en turno o la Fiscalía Auxiliar o Personería según la región del país.
- Una buena cámara de Polaroid con película de color y bombillas para el flash debe mantenerse en un lugar designado en los Cuartos de Urgencias, Centros de Salud y Policlínicas. Las fotografías deben tomarse con la luz más brillante posible. Aunque la fotografía debe tomarse lo más cerca posible de la lesión específica, debe tratarse de que cada imagen tenga una característica identificable de la o el paciente, como la cara o una mano.
- Si esto no es posible, debe indicársela a la o el paciente la importancia de las fotografías por el medio que sea más idóneo.
- Si se espera que aparezca un moretón más profundo en una fecha posterior, debe recomendársela a el o la paciente que regrese en una fecha posterior o que se le hagan fotografías adicionales en otro sitio.
- Debe indicársela a el o la paciente la importancia de las tomas fotográficas lo más pronto posible.

6.3 Preservación de Pruebas Físicas

Ponga la ropa manchada de sangre o desgarrada en una bolsa o sobre sellado. También guarde cualquier ropa que puede contener pruebas de un asalto sexual. Rotule la bolsa con el nombre de la o el paciente, la fecha y el nombre de la persona que colocó los elementos en la bolsa. Si la o el paciente tiene el objeto que fue usado para hacer las lesiones, debe manejarse en forma similar. Las fajas, cordones eléctricos, destornilladores u otros objetos comunes con frecuencia se emplean como armas. Estos artículos deben mantenerse en un mueble bajo llave hasta que se entreguen a la Fiscalía de Familia en turno o Fiscalía Auxiliar o Personería según la región del país. Estas pruebas físicas deben ser enviadas junto con

el Formulario de Investigación por sospecha de VIF.

Dado que el fiscal debe mostrar que los elementos no fueron alterados, éstos deben ser manejados por pocas personas si es posible. Una persona, debe extraer los elementos (o testificar su remoción), según las Normas de Manejo suministrada por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Es importante reconocer la prueba física de inmediato en el caso de los delitos contra la Libertad Sexual, violación carnal, estupro, actos libidinosos y delitos contra el orden jurídico familiar, el incesto, se debe enviar a la Fiscalía de Familia, o a la Oficina de Investigación de Delitos Sexuales, aún cuando se trate de menores.

7. TRATAMIENTO

Las víctimas de la violencia intrafamiliar hacen uso de muchas instituciones médicas en números desproporcionados. Entre los(as) pacientes con lesión, comprenden a aproximadamente 20% de todas las mujeres y representan casi 40% de todas las visitas. Son igualmente comunes entre las(os) pacientes obstétricas(os), comprendiendo un 25% de esta categoría, entre las pacientes que visitan el servicio de urgencia psiquiátrico, entre las madres de los niños(as) maltratados(as), las víctimas de violación, etc.

Para el manejo de las(os) pacientes que son víctimas de violencia intrafamiliar, es muy eficaz que la institución de salud disponga de un equipo multidisciplinario, que debe estar conformado por medicina general, pediatría, psiquiatría, ginecología, odontología y otras especialidades como: enfermería, psicología, trabajo social, mensajería y personal de seguridad. Todo el personal de las instituciones que atienden casos de violencia intrafamiliar, sin excepción debe adiestrarse para identificar a las víctimas de violencia intrafamiliar. Este personal además debe incluir al personal de secretaría y de registros médicos, quienes son el contacto inicial con el o la paciente.

La meta para la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar incluye:

Acercarse a el o la paciente de una manera empática;

- Transmitir una actitud de respeto y de confianza a el o la paciente;
- Tratar las lesiones físicas y emocionales;
- Proporcionar información y referencias para la orientación, al albergue u otro apoyo y asistencia legal y normas legales que las(os) protegen;
- Realizar la notificación mediante el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato de 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.
- Si la víctima es menor de edad, llenar el Formulario, enviarlo al Instituto de Medicina Legal y notificar, mediante copia del mismo, a la autoridad de Menores más cercana.
- Dar el tratamiento médico adecuado a las lesiones físicas;
- Dar atención a las necesidades emocionales de los(as) pacientes;
- Colaborar para que se garantice la seguridad de la víctima y de cualquier niño/a dependiente; en caso de considerarlo necesario ordenar su hospitalización a la instancia más cercana;
- Proveer la protección legal y la documentación para un posible uso en procedimientos legales;
- Informar a la víctima de las alternativas y los recursos disponibles. En casos de adultos informársele que para que se haga efectiva la intervención de autoridades debe mediar **denuncia por el/la afectada, ante la autoridad correspondiente.**
- 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.

8. SEGUIMIENTO Y REFERENCIAS

Debe referirse a las víctimas, a aquellas instancias que puedan garantizarle al igual que a sus hijos, protección y seguridad.

Al dar atención a la víctima debe tenerse especial cuidado de no darle a entender que es responsable de la agresión, o que ella está loca.

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, esta es una alternativa más segura hasta que se haya establecido que la violencia ha cesado.

Paralelamente, el agresor a través de procedimientos terapéuticos específicos, desarrollados por personal especializado en este trabajo, 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 agresores.

Estas acciones permitirán evaluar más eficazmente la decisión acerca de si el agresor 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.

Cada establecimiento de atención de salud debe tener una lista actualizada de los recursos de la comunidad (ONGS y otras Organizaciones).

Los(as) funcionarios(as) deben orientar a la víctima sobre los recursos y servicios disponibles para ofrecerte apoyo. Se le debe proporcionar una idea de lo que puede esperar de éstos servicios. Es conveniente que el personal de salud mantenga contactos con el programa de violencia intrafamiliar de su área.

La información actualizada, el adiestramiento y la asistencia técnica entre los diferentes programas de violencia intrafamiliar y

los establecimientos de atención de salud potenciarán la calidad de los servicios que cada uno es capaz de proporcionar a las víctimas de agresión.

Por otra parte, cada establecimiento de salud debe poseer un equipo multidisciplinario, cuyas funciones básicas sean:

L Identificación y captación de la víctima

2. Llenar y remitir el formulario de investigación de sospecha de VIF
3. Atención en crisis
4. Soporte psicológico
5. Formar grupos de autoayuda para víctimas
6. Promover la creación de redes locales contra la violencia

REPÚBLICA DE PANAMÁ
FORMULARIO DE PROTOCOLO DE ATENCION
Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS
POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

INSTITUCIÓN: _____

FECHA: _____ HORA: _____

1. Datos Generales:

N° de cédula: _____ S.S. _____ Expediente: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____

Lugar: _____ Estado Civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Mudo/a _____

Unido/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____

Dirección: _____

Calle _____ Lugar _____ Casa _____ Provincia _____

Ocupación: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Persona a quien llamar en caso de necesidad o ser menor. Tel: _____

2. Datos del Informante:

Nombre: _____ N° de Cédula: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Calle _____ Lugar _____ Casa _____ Provincia _____

Versión: _____

3. Datos de quien le trae:

Identificación: _____ N° de cédula: _____ Código de _____

Relación o parentesco con la víctima: _____ Teléfono: _____

Motivos de la atención: _____ Edad: _____

Fecha de la agresión: _____ Hora de la agresión: _____

Lugar de la agresión: _____ Agredida/o por: _____

Versión: _____

4. Tipo de agresión:

Física: Sexual: Psicológica: Económica:

5. Historia de admisión (se refiere a que originó la atención)

Fecha de atención: Hora de atención: Lugar:

Notificación legal a través del formulario de sospecha: Si_ No_

Fecha: _____

Causa de la atención:

Nombre

firma /sello

cargo de quien atiende

HISTORIA CLÍNICA

1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HTA _____ Asma _____ Enfermedad Mental _____

Diabetes _____ Cardiopatías _____ Suicidio _____

Cáncer _____ Retardo mental _____ Otros _____

2. ANTECEDENTES PERSONALES

2.1 NIÑEZ: (Embarazo y parto, desarrollo y crecimiento, inmunizaciones, etc.) _____

2.2 ADOLESCENCIA ADULTEZ: (Andrarquía, Andropausia, Menarquía, Menopausia, Fup, Fum, N° de embarazos, N° de hijos, Planificación familiar, etc.) _____

2.3 PATOLOGÍAS PERSONALES: (Enfermedades: físicas, sexuales, y mentales, accidentes, fracturas, alergias, operaciones, abusos sexual, físico, psicológico, etc.) _____

3. EXAMEN Fumo

Talla _____ Peso _____ Color de Piel _____

Apariencia física _____

Señas particulares

	Contusiones	Abrasiones	Desgarros	Hemorragias	Fracturas	Pérdida de función	Ateas dolorosas
Cabeza							
Ojos							
Oídos							
Nariz							
Mejillas							
Dientes							

	Contusiones	Abrasiones	Desgarros	Hemorragias	Fracturas	Perdida de función	Áreas dolorosas
Boca							
Cuello							
Hombros							
Brazos							
Manos							
Tórax							
Mamas							
Espaldas							
Abdómen							
Genital							
Nalgas							
Piernas							
Pies							
Ano							

*Describa la presencia el trauma y lesiones, indique ubicación, apariencia y tamaño en el mapa corporal, indique el posible origen (dientes, quemaduras, de cigarillo, instrumentos utilizados).

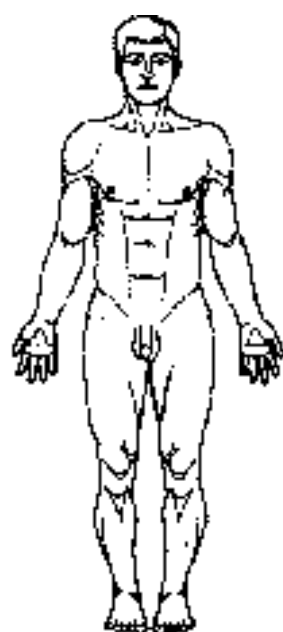
TRANSTORNO NUTRICIONAL

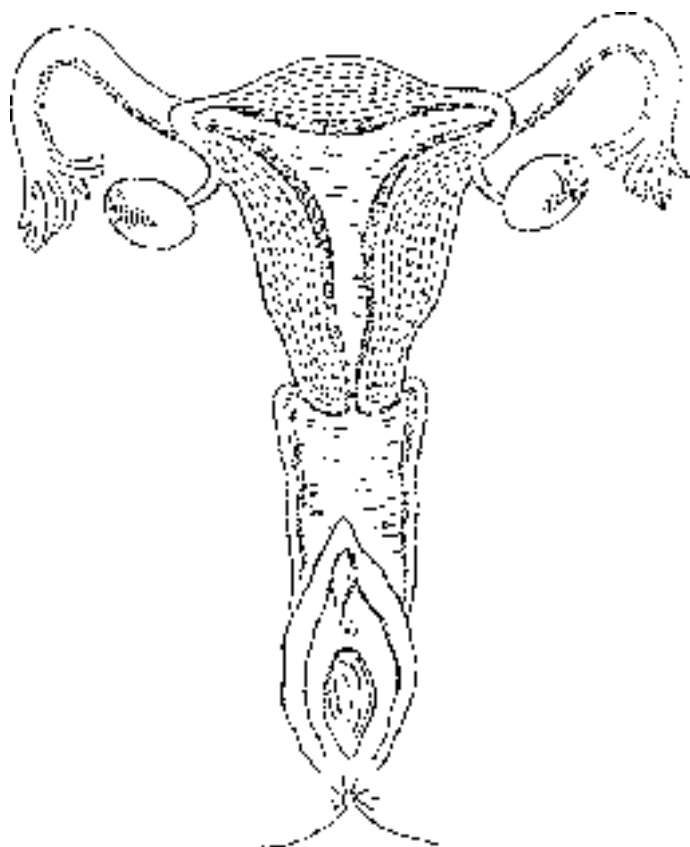
Obeso/a ___ **Desnutrido** ~ ___ Pérdida de Peso importante ___
Aumento de Peso importante _ _____

5. OTROS EXAMENES _____

Nombre firma/sello cargo de quien atiende









EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

Razones para la referencia y evaluación (incluir queja principal y las fuentes de información).

Historia de la enfermedad actual (narrar los factores precipitantes y agravantes, los síntomas, la repercusión en el funcionamiento social y el tratamiento recibido. Incluir el uso de alcohol y otras drogas así como evidencias de peligrosidad para si mismo o los demás).

Historia de otros trastornos psiquiátricos (antecedentes psicológicos incluyendo manifestaciones y tratamientos de trastornos psiquiátricos inactivos, así como trastornos de personalidad que precedieron a la enfermedad actual -use otra hoja aparte)

Observaciones del estado mental (describir aquí solo las manifestaciones positivas y negativas pertinentes al episodio actual focalizado lo que se encuentra durante la entrevista)

1. Aspecto General y Conducta

2. Durante la Entrevista

3. Flujo y Estructura del Lenguaje y Pensamiento

4. Humor y Afectividad

5. Contenido del Pensamiento y Percepción

6. Sensorio, Orientación, Funciones Intelectuales y Conciencia de Enfermedad

Aspecto Psicosocial

Ideas de minusvalía

Ideas suicidas

Ansiedad

Tristeza____ Agitación psicomotora ____ Hiperactividad____

Taquicardías____ Verborrea____ Llanto fácil____ Miedo____

Irritabilidad____ Suspica____ Agresividad____

Mutismo/Callada _____ Coherencia de Pensamiento _____

Disociación Idea _____ Afectiva _____ Tranquilidad____

Apatía____ Indiferencia____ Signos evidentes de uso de droga

____ Medicamentos Psicotrópicos____ Interacción____ Temor

por su vida____ Temor por la vida de sus hijos____

Otros exámenes _____

Nombre

firma/sello

cargo de quien atiende

FICHA SOCIAL

1. COMPOSICIÓN FAMILIAR (incluir los familiares/personas que guarden relación significativa con el afectado/a, que viva o no en la familia).

Nº	Nombre	Relaciones	Edad	Reside con <u>la víctima</u>		Seso	Estado Civil	Escolai	Ocupación
				Si	N.				

2. RELACIONES FAMILIARES (De la pareja paterno filiales y otras).

Buenas

Regulares

Malas

¿Por qué?

En caso de no vivir con sus padres /hijos ¿Por qué?

Situación escolar:

RELACIONES con LA COMUNIDAD (Amigos, vecinos/as otros)

¿Alguién de la familia toma licor? Padre Madre Hijos Otros

Frecuencia de la ingesta de alcohol Diaria Fines de semana____Otros
(especifique)_____
Tipo de droga_____
¿Participa en alguna actividad comunitaria? Si No____¿Cuál?_____

4. SITUACIÓN ECONÓMICA

Fuente de ingresos: De los padres____Otros familiares____De su trabajo____
Otros_____(especifique)
Ingreso quincenal: total - - - - -Salario Pensión
Otros - - - - - (especifique)_____
¿Quién administra el presupuesto familiar?_____

5. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

La vivienda es: Propia____Cedida Alquilada____Otra____
¿A nombre de quién esta la vivienda?_____
Categoría: Unifamiliar__ Plurifamiliar__ Casa__ Apartamento__
Cuarto Otro
Número de habitaciones: Sala____ Comedor Recamaras Cuartos
Otros (especifique).
¿Qué habitación utiliza para dormir?_____
¿Cuántas personas duermen en cada cuarto/recámara? ¿En qué
duermen? ¿Cuántas camas hay?____ ¿Cuántos duermen en
cada cama?____ Los niños ¿con quiénes duermen?

6. SITUACIÓN SOCIAL Y RECOMENDACIONES

6.1 Situación presentada (incluir el incidente de maltrato, toda la historia del maltrato)

6.2 Comportamiento del afectado/a frente al problema (las alianzas, las triadas chivos expiatorios, etc.) _____

6.3 Actitud del afectado/a frente al problema:_____

6.4 Seguimiento_____

Código_____ Fecha

Nombre

firma/sello

cargo de quien atiende

DIAGNÓSTICO

Axis I	a	_____
(Tipo de maltrato)	b	_____
	c	_____
Axis II	a	
Psíquico	b	
	c	_____
Axis III	a	
(Retardo)	b	
	c	
Axis IV	a	
Nivel de	b	
funcionamiento	c	
congnocitivo		
Axis V	a	
Diagnóstico	b	
físico	c	
Axis VI	a	
(Social)	b	
	c	
	d	

Recomendaciones y otros exámenes

Tratamiento (Médico, Psiquiátrico, Psicológico social)

Manual Guía
de Procedimientos
y Responsabilidades
del Equipo
Multidisciplinario de Salud
que Atiende Personas
Afectadas por la V.I.F.

1. ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Para la atención de Violencia Intrafamiliar (VIF) se recomienda el establecimiento de una comisión multidisciplinaria. Esta comisión deberá estar conformada por personal de registros médicos y las disciplinas de medicina, enfermería, trabajo social, Psicología, según el nivel de atención también deberán participar el o la jefe(a) de los cuartos de urgencias de las diferentes instalaciones de salud, un representante de docencia y de seguridad. Todas las personas integrantes de la Comisión e involucradas, deberán mostrar interés por la prevención y atención de casos de Violencia Intrafamiliar.

Este mismo equipo también deberá participar con los responsables locales de elaborar y divulgar programas comunitarios de prevención.

En los casos, en que no exista el Equipo Interdisciplinario necesario, pues puede haber un caso de violencia psicológica detectado en la entrevista Clínica Psicológica, es recomendable que se proceda al manejo del caso por medio del traslado y/o referencia de la víctima a la policlínica, hospital o Centro de Salud más cercano; que posea este equipo, independientemente, del tipo de violencia intrafamiliar de que haya sido objeto y que el o la funcionario(a) que atienda el caso de violencia lo haya notificado a las Autoridades Competentes mediante el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar.

2. Responsabilidades Específicas del Equipo de Salud

2.1 Recibimiento

L Al paciente debe proporcionársele un ambiente tranquilo, seguro donde se le brinde un carácter confidencial.

En caso de menores donde se sospeche abuso, debe sacarse a los acompañantes después de recibida la información necesaria.

2. Garantice la integridad de la víctima en el local de salud.

3. Mantenga una relación empática con la víctima.

4. Evite tener conflicto en este momento, trate de entrevistar a el o la paciente privadamente y si necesita ayuda para asegurar la privacidad recurra a los oficiales de seguridad.

5. Coordinar activamente con el equipo multidisciplinario
6. Si el o la paciente está obviamente perturbado(a) en la admisión y ha declarado que fue agredido(a), dele tiempo para conversar abiertamente antes de iniciar la valoración física. Tranquilícelo(a), esté dispuesta(o) a escuchar. Permítale de que exprese sus sentimientos honestamente.
7. Si se sospecha que hubo agresión, refiérase a los indicadores para identificar a las víctimas de VIF. Muchos(as) pacientes **admiten haber sido agredidas(os)** si se pregunta abiertamente de forma no amenazante ni juzgadora. Asuma una actitud de comprensión, aceptación y disponibilidad hacia el cliente o el paciente.

2.1 Evaluación Física

1. El o la paciente debe desvestirse y ponerse una bata para que se puedan realizar un reconocimiento médico completo para exponer cualquier lesión escondida.
2. Claramente y con exactitud obtenga y documente:
3. Los antecedentes completos de la lesión .
4. Pregunte sobre las lesiones anteriores, anote fecha, tipo de lesión, antecedentes completos del trauma, clase de visita, frecuencia, tratamiento recibido y seguimiento.
5. La naturaleza de la lesión - anote la fecha-.
6. Las discrepancias entre la lesión y los antecedentes.
7. Los conflictos entre grado de lesión y los antecedentes.
8. La historia simplística o vaga.
9. Tome el lapso transcurrido entre la lesión y el registro médico.
10. Continúe con la descripción de las lesiones debidas a la presunta agresión con "el o la paciente refiere, indica o dice"
11. Describa todos los moretones, las abrasiones, etc. - Anote el tiempo, ubicación y grado.
12. Observe las lesiones viejas no tratadas.
13. ¿Hay lesiones múltiples en diferentes capas de curación?

C. Recolección de las evidencias.

1. Explique el procedimiento de la fotografía y el motivo para

tomarlas. Apoye y acompañe a la o el paciente en toda la sesión.

- 1.1. Suministre el formulario de aprobación para que la víctima de su consentimiento para la toma de fotografías (si es adulto/a); si es menor a quien le represente.
- 1.2. Explique la importancia de salvaguardar otras pruebas o evidencias de la VIF.

2.2 Evaluación emocional

1. Sea cuidadoso/a de la información subjetiva que pueda ser usada contra la o el paciente. Empiece las oraciones con el "el o la paciente indica".
2. Estado emocional - nerviosa, ansiosa, agresiva, tranquila, retraída, callada, llorosa, resta importancia a la situación, comunicativa, se muestra alejada, etc.
3. El comportamiento y las interacciones con personal del hospital y con amigas(os) y miembros(as) de la familia.
4. El comportamiento con el o la presunto(a) agresor(a).
5. Observe si el o la presunto(a) agresor(a) responde todas las preguntas.
6. Anote todos los comentarios pertinentes que hace el o la paciente y otros.

E. Evaluación del peligro eminente para la vida

1. Reporte de arma en el hogar "si el o la paciente lo indica".
2. Reporte el uso en el pasado de ataque con armas o un ataque potencialmente mortal.
3. Refiera o señale si la víctima teme por su vida.
4. Reporte las amenazas a su vida hechas por el o agresor(a).
5. Reporte el comportamiento agresivo de la o el agresor(a) hacia otros.
6. Reporte si han sido amenazados o heridos las/los hijos u otros familiares

2.3 Referencias Iniciales

1. Establezca un sistema de referencia a otros servicios.
2. Notifique a seguridad, si fuera necesario.
3. Elabore y remita el Informe por Sospecha de VIF .

4. Contacte a la Fiscalía de Familia, Auxiliar o Personería, según el caso, dependiendo de la Región del país. Establezca coordinación con las instancias legales, policiales y otras que sean necesarias.
5. Refiérase a un albergue adecuado, línea caliente u otro organismo de trabajo social.
6. Ofrezca material e información escrita sobre la violencia intrafamiliar.
7. Explique las opciones legales y haga referencias adecuadas.
8. Organice la admisión en un hospital, si fuera necesario.
9. Oriente a la víctima , sobre los pasos a seguir para que una vez fuera del establecimiento proteja su vida,

3. Responsabilidad Legal de los Profesionales de Atención de Salud

La medicina, es una profesión liberal y como tal solo responde a las limitaciones-que le impone la Ley. *Para* el ola profesional que brinda la atención de salud, surge una responsabilidad a partir de:

1. De una relación contractual.
2. De una relación Extra-contractual.
3. Por la violación de una norma penal.
4. Por el incumplimiento de una Norma Administrativa.
5. Por una falta ética.
6. Por una falta moral.

En el caso específico de la Atención Médica de Salud, en materia de Violencia Intrafamiliar Maltrato de Menores los profesionales a nivel privado y el funcionariado público se encuentran ante un mandato de Ley con la obligación de cumplir y atender al paciente objeto de la agresión, con prudencia, pericia y el deber de cuidado,

Lo antes expuesto está sustentado jurídicamente en la Constitución Política de la República de Panamá en su artículo No. 18": Los particulares solo son responsables ante las autoridades por-infracción de la Constitución o de las Leyes. Los servidores públicos los son por esas mismas causas y también por extra-limitación de funciones o por omisión en el ejercicio de ésta".

El principio de responsabilidad que consagra la Constitución es desarrollado a través de diferentes instrumentos legales, entre las cuales tenemos la ley N° 27 de 16 de junio de 1995, que establece en su artículo N° 6: "El funcionario público o el particular que tenga conocimiento de la ejecución de un hecho tipificado como violencia intrafamiliar o maltrato de menores, y no ponga en conocimiento de las autoridades la comisión del delito, será sancionado con 50 a 150 días multa.

En caso de no probarse la comisión del delito, el funcionario público o el particular quedará exento de cualquier responsabilidad legal por razón de la denuncia".

En el Código Penal se desarrolla en el artículo 32 Capítulo IV de la Culpabilidad Título U El hecho punible libro Y de la Ley en Penal en General: "Obra con culpa quien realiza el hecho legalmente descrito por inobservación del deber de cuidado que le incumbe de acuerdo a las circunstancias y sus condiciones personales y en el caso de representarlo como posible, actúa confiado de poder evitarlo".

En el Código de la Familia, Libro III , Título I De la Protección del Estado, Capítulo I, III, y IV los artículos 569 a 606. Al momento de cumplir con el mandato Ley de notificar el caso de maltrato intrafamiliar, debemos respetar el principio de inocencia consagrado en nuestra Constitución en su artículo N° 22.

En cuanto a la Carta de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos el principio de inocencia se consagra en su artículo N° 8. La violación de este principio puede acarrear una Demanda por Calumnia e Injuria, además de la indemnización, por daños y perjuicios.

4. Responsabilidades del Personal del Departamento de Registros Médicos y Estadísticos en la Instalación de Salud

A menudo, la primera persona que la o el paciente ve cuando solicita el servicio de salud es quien atiende el Departamento de Registros Médicos. La o el paciente es atendido(a) y se le consulta el por qué de su visita. En vista de que el agresor(a) a menudo

acompaña a la víctima, el o la paciente puede decir que se ha caído que accidentalmente se ha herido. El personal de registros médicos debe estar preparado para captar las señales y alertar a una enfermera(o) de inmediato cuando se sospecha de agresión. También puede colaborar con las citas de seguimiento.

Es de significativa importancia el registro médico y psico-social dado que estos datos permitirán realizar los análisis estadísticos pertinentes a fin de observar el comportamiento de la violencia, información que permitirán orientar el diseño de programas de prevención de VIF, promoción y formación de convivencias solidarias y dirigir estrategias para atender a los grupos más vulnerables.

El registro estadístico realizado correctamente permite evidenciar las dimensiones de la violencia.

5. Las Responsabilidades de Personal de Registro

- a- Obtener la información de admisión de forma gentil y comprensiva.
- b- Notificar a la enfermera(o) si se sospecha agresión, y considerarlo como una urgencia.
- c- Registrar el motivo de la visita.
- d- Notificar a la Policía o seguridad si un presunto(a) agresor(a) está presente y/o presenta un comportamiento amenazante.
- e- Anexar el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar.
- f- Facilitar el tratamiento y seguimiento clínico a través del registro de citas con el equipo multidisciplinario.

6. Responsabilidades de la Enfermera(o) en la Instalación de salud

- 1. Es responsabilidad de la enfermera(o), acercarse al paciente de una manera abierta y sensible en un esfuerzo de determinar si las lesiones son el resultado de agresión física.
- 2. El o la enfermero(a), previo al análisis médico registra en el formulario la naturaleza y el grado de las lesiones de la o el paciente, anteponiendo la palabra "observamos o se observa" cuando se refiere a una agresión, documenta si la o el

paciente ha aceptado la referencia a un consejero(a), ya sea durante esta cita o para darle seguimiento.

3. Coordina con el Equipo de VIF de la Unidad de Salud.
4. Realiza intervenciones en crisis según necesidades y conductas presentada por el/la paciente en la entrevista inicial.
5. Hacer referencias al médico para otras intermediaciones. Los resultados se le pasan al médico(a) y se discute el enfoque que sea apropiado para el o la paciente.
6. Si el o la paciente niega haber sido agredido(a) o no quiere ver a un médico(a), siquiatra, trabajadora social, enfermera de salud mental o psicólogo; en el momento que sufrió la lesión, infórmele que la ayuda está disponible si lo desea en el futuro y dele un folleto con el nombre y el número telefónico del consejero (a) para que pueda hacer contacto cuando lo desee.
7. Sería también de utilidad entregarle material adicional escrito con referencia de recursos existentes en su comunidad, albergues de emergencia y ayuda legal.

El informe a la unidad de enfermería debe incluir:

1. La historia.

2. El grado de las lesiones.

3. La o el supuesto(a) agresor(a), si se conoce.

4. El estado emocional.

5. Las referencias hechas o que se han intentado.

6. La notificación a la policía o a la seguridad del hospital, si se hizo.

7. La restricción de visitantes, si hay.

Establezca un mecanismo de seguimiento y control de víctimas de VIF

1. Atención individual y/o de grupo de apoyo

2. Brindar asesoría al personal en cuanto a atención de la víctima en caso de hospitalización

3. Darle seguimiento a los casos de hospitalización

4. Coordinar las referencias de egreso

Actividades de promoción y prevención

1. Promoción de estilos de vida saludables en la población
2. Formación de grupos de acuerdo a las diferentes edades para reforzar autoestima.
3. Orientación y capacitación de a grupos de la comunidad, trabajadores y otros profesionales sobre deberes y derechos de la niñez y las mujeres.
4. Contribuir, junto a otros profesionales, a la sensibilización de la comunidad en general sobre VIF.
5. Desarrollar programas de prevención a grupos de riesgos o más susceptibles.

7. Responsabilidades del Personal de Trabajo Social

1. A Nivel de los Centros de Salud:
2. En Promoción y Prevención:

Es sumamente importante que Trabajo Social colabore en el desarrollo de acciones que promuevan estilos de vida familiar armónica en el desempeño de las funciones, con el objeto de proporcionarle a las personas una visión distinta y apacible de su convivir cotidiano.

Principales Funciones:

Promoción de los factores protectores: vida familiar, autoestima, autocuidado de la salud, manejo de la presión de grupo.

Formación de grupos de jóvenes, mujeres, y/o adultos para el desarrollo de actividades que contribuyan a desarrollar los talentos y habilidades de cada uno.

Promoción de actividades socio-recreativas y culturales con distintos grupos.

Orientación y educación a las personas sobre el desarrollo de su propia autoestima.

Orientación, educación y divulgación sobre los deberes y derechos de la mujer y de los niños(as).

Promoción de mensajes educativos positivos, que resalten los estilos de vida saludable.

Promoción de la comunicación entre jóvenes y adultos a través de talleres prácticos.

- Promoción de habilidades para el diario vivir.
- Promoción del enriquecimiento de la vida espiritual.
- Formación de grupos de auto-ayuda.

En Atención:

A Trabajo Social los casos llegan o son referidos para su debida orientación e interpretación de las condiciones médico-sociales de la persona afectada con el propósito de contribuir a aliviar la ansiedad, y a desahogar su situación particular. Igualmente, Trabajo Social proporciona orientación a la afectada(o) sobre distintas alternativas que se tienen y las diversas redes de apoyo que pueden colaborar a minimizar esta situación.

Actividades básicas en materia de atención:

- Entrevista con la víctima
- Informe por sospecha de V.I.F. (si trabajo social es la puerta de entrada)
- Discusión del caso con el equipo multidisciplinario.
- Elaboración de informe y evaluación social.
- Referencia a otros miembros del equipo ó instituciones.
- Seguimiento del caso

Cuando se trata de una persona en estado de crisis, la intervención durante la crisis pretende proporcionar la oportunidad para que él o la afectada ventile sentimientos y hable en plena confianza sobre su situación en particular. El o la Trabajadora Social debe permitir que la persona se desahogue y tranquilice un poco, para poder guiar la entrevista al punto de obtener la información socio-familiar requerida, y evaluar la situación en su totalidad, incluyendo para ello los recursos disponibles, las posibles redes de apoyo dentro y fuera de la estructura familiar, etc.

Se elabora un informe claro y preciso de la situación descrita que permita a otros miembros del equipo multidisciplinario, conocer más el entorno socio-familiar de la o el paciente y la identificación de alguna red de apoyo.

A Nivel Hospitalario:

En Promoción y Prevención:

El o la Trabajadora Social en las atenciones de consulta externa y visitas a los(as) pacientes que están en sala, les brinda orientación y educación sobre las modificaciones o ajustes a los estilos de vida diaria.

- Se promueve la compañía diaria de un familiar a la o el paciente, para mantener el vínculo familiar afectivo; en la recuperación de la o el paciente.
- Se promueve *orientación* a los(as) pacientes y/o familiares, de los programas y servicios que brinda la institución.
Se brinda orientación sobre los deberes y derechos de la mujer y de los menores
- Promoción de la autoestima del ser humano.

Atención:

El o la Trabajador(a) Social inicialmente recibe la referencia o llamada del cuarto de urgencias, y allí conoce en detalle las lesiones sufridas por la víctima y el plan de tratamiento que requiere para su recuperación.

La intervención del o la Trabajador(a) Social con una persona que sido víctima de Violencia Intrafamiliar está dirigida a atender y escuchar el relato y brindar la oportunidad para que la víctima ventile sus sentimientos.

Se entrevista a la víctima y se registra la descripción precisa de hechos, en el Formulario de Sospecha de V.I.F. Igualmente, el o la trabajadora social evaluará la situación presentada y actuará en base a lo recogido y recomendará, si fuese necesario, el traslado del caso a las instancias legales correspondientes y/o sugerirá un albergue temporal o algún familiar o amigos(as) que puedan proteger temporalmente a la víctima.

Las posibles redes de apoyo deben quedar claramente identificadas en el informe social.

El Trabajador(a) Social coordina y da seguimiento al caso conjuntamente con el personal que atendió a la víctima en el cuarto de urgencias.

Si la víctima debe ser hospitalizada, el o la trabajador(a) social

continúa con la orientación y el apoyo a la víctima y se les hace las referencias a otros profesionales cuando el caso lo amerite.

8. Responsabilidades del Personal de Psicología

La labor de los y las profesionales de la psicología (ya sea clínicos o generales), en el marco de la atención de las personas involucradas en la violencia intrafamiliar y maltrato de menores, requiere de entrenamiento sobre las características particulares de la violencia, la teoría de la influencia del género en la discriminación y subordinación social, la terapia de sobrevivencia para tratamiento específico de víctimas de trauma, así como en la teoría y los principios del trauma tales como lo son seguridad, empoderamiento, validación, énfasis en la fortaleza, comprensión de la opresión. Es también necesario conocer sobre el desarrollo de la RESILIENCIA.

Psicólogos y Psicólogas en el equipo VIF tendrán como tareas fundamentales:

- Brindar atención a personas afectadas por la violencia intrafamiliar que acuden a solicitar el servicio por decisión voluntaria, que son referidas por otras instancias.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario la atención y discusión de casos.

Evaluar la gravedad del impacto de la agresión, analizar la dinámica familiar, explorar sentimientos, mitos y creencias de las víctimas en torno a la relación de la violencia, indagar su historia de violencia.

Proporcionar las condiciones para un encuentro terapéutico que facilite el entendimiento y la curación posterior, al mismo tiempo que recopile la información.

- Combinar los procedimientos tradicionales y acostumbrados junto con métodos especiales que han sido desarrollados específicamente para aquellas personas que han sufrido agresiones serias.
- Examinar los procesos cognoscitivos, afectivos y de conducta dentro de un contexto de desarrollo individual y social.
- Promover estilos de vida saludables y mecanismos de solución pacífica de conflictos.

Es importante destacar que fuera de la intervención en crisis las sesiones de evaluación y/o psicoterapia deberán ser pospuestas hasta que la víctima se encuentre en un ambiente seguro.

Evaluación y Tratamiento

Además de la entrevista clínica es posible utilizar para la evaluación diversas pruebas psicológicas, que, previo a un adecuado análisis, pueden proporcionar fuentes adicionales de información que guíen el diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento deberá discutirse y realizarse con el equipo de salud mental que atiende VIF (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería de salud mental). La evaluación también permitirá decidir en que momento la víctima está lista para la terapia de grupo, si le conviene mejor asistir a grupos de autoayuda.

Es importante mantener la atención individual en forma regular y constante.

En caso de que la Fiscalía solicite un informe del ola paciente, el Equipo de Salud Mental confeccionará una certificación, donde conste, que el o la paciente recibe tratamiento terapéutico.

Si la fiscalía solicita un informe técnico más detallado, el mismo es confeccionado y enviado por conducto del (la) Gerente Local.

Es conveniente asegurar el carácter confidencial de cada caso en particular.

Es responsabilidad del/la Psicólogo(a) participar activamente con el equipo de Salud Mental y con el equipo multidisciplinario que impartirá el tratamiento a las personas involucradas en casos de violencia intrafamiliar.

Servicios que se Ofrecen:

- Atención en crisis
- Atención Clínica (ambulatorio)
- Evaluación Psicológica
- Orientación individual y familiar
- Prevención de recaídas

- Terapia de sobrevivencia
- Terapia individual y grupal
- Educación continua.
- Formación de grupos de autoayuda

9. Funciones Básicas del Personal de Medicina

Son tres las funciones básicas que la/el médico cumple al manejar un caso de maltrato:

1. Necesita entender y valorar la posibilidad de que la historia y los antecedentes de la lesión del menor sean congruentes con los hallazgos del examen físico.
2. Determinar el tipo de tratamiento médico que requieren las lesiones físicas o psicológicas si las hay y tomar las medidas necesarias.
3. Determinar el riesgo a que está sometido el/la menor si vuelve a su hogar, si está expuesto/a al agresor o no, ya que es el bienestar y la seguridad del niño/a nuestro primordial interés.

¿Cómo se debe hacer un examen genital?

1. Nunca examine estando sólo/a con la/el menor. Alguien de la unidad de Salud debe acompañarle y así anotarlo en el expediente.
2. Explíquelo la importancia de éste.
3. Tómese su tiempo y esté calmado/a. Sea claro/a, firme y positivo/a.
4. Debe brindar apoyo y explicarle a los familiares la importancia del examen físico.
5. Háblele, pregúntele y explíquelo a la víctima (adulto/a o menor) lo que va a hacer.
6. Nunca fuerce a la/el paciente a un examen genital.
7. Al terminar, agradezca por su cooperación y pregúntele si desea hacer algunas preguntas.

¿Cómo se debe reportar en el expediente médico?

- a. Con letra clara.
- b. En forma detallada.
- c. Anotar entre comillas con las palabras propias del niño o

adulto/a.

- d. Anotar quien dio la historia.
- e. Revisar que todos los exámenes y pruebas de laboratorio y gabinete estén reportados.

10. Responsabilidades del Personal de Medicina General y Especialistas

Es deber del Personal de Medicina

1. Evaluar y tratar los signos y síntomas que el paciente presente y elaborar el diagnóstico diferencial que permita reconocer los motivos de consulta más frecuente relacionados con VIE

2. Identificar y describir en forma detallada la o las lesiones.

3. Preguntar activamente la forma en que se produjo la lesión e interrogar abiertamente acerca de la posibilidad de violencia intrafamiliar, como causa de la o las lesiones.

En el caso de que el/la paciente afirme haber sido víctima de violencia intrafamiliar la/el médica/o deberá llenar el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar, referir y coordinar con el equipo multidisciplinario responsable de atención de víctimas la toma de decisiones.

5. El equipo local responsable de la atención de violencia intrafamiliar deberá realizar una intervención en crisis, dar soporte psicológico a la víctima y garantizar el seguimiento adecuado de acuerdo al flujo de atención.

Es Deber del personal de Psiquiatría

1. Participación conjunta con el equipo en la elaboración y desarrollo de programas preventivos, de atención a las víctimas (interacción en crisis, abuso sexual, etc.), ayuda y control dirigidos a cambiar actitudes y conductas en la población y en los grupos de alto riesgo.
2. Incluir en la capacitación a la comunidad enseñanzas relacionadas con la identificación de cuales factores representan un elevado riesgo de ser abusados y que enseñen a las familias a tener mayor interacciones positivas entre sí y con otros grupos y organizaciones que previenen

la violencia.

3. Participar en la intervención en crisis de las víctimas de violencia que acude a nuestra instalación y/o sean referidas de otras instancias.
4. Efectuar y participar en Investigaciones científicas y estudios acerca de la V.I.F. (para medir el impacto psicológico de la agresión, enfatizando en la exploración de las necesidades y opciones de la víctima, prevalencia, incidencia, etc.)
5. Mantener canales de comunicación interinstitucionales, para actualizar información en la prevención y atención de las víctimas de V.I.F. (referencias y contrareferencias de pacientes).
6. Ofrecer programas de diversas técnicas terapéuticas (terapia individual, de pareja, familiar, etc.) a las víctimas.
7. Contribuir con la capacitación de todo el personal del Centro u Hospital, relacionado con la atención de víctimas de V.I.F., enfocando la orientación a las personas a buscar ayuda (dónde y cómo).

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

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

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

- Constitución Política de la República de Panamá.

- 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 de junio de 1995. Edición Ministerio de Salud, Panamá, 1996.

- Pacto de Cgmpromiso Para el Desarrollo Nacional. Bambito II, 6 de diciembre de 1994. entre el Gobierno Nacional, el sector empresarial, los empleados, la sociedad civil y testigos internacionales.

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

- WALKER E. LEONORE. Libro de Trabajo sobre: Terapia de Sobrevivencia y Evaluación Clínica y de Intervención, Colorado, 1996.

- Organización Panamericana de la 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 intrafamiliar. agosto de 1996.

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

- RAMELLINI C, TERESITA. Pautas para el desarrollo de protocolos para la implementación del Modelo de Atención Integral a Víctimas de violencia Intrafamiliar. San José, Costa Rica. 1997.

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

