

**MANUAL DE NORMAS  
Y PROCEDIMIENTOS  
PARA LA ATENCION INTEGRAL  
DE LA VIOLENCIA  
INTRA FAMILIAR Y LA  
PROMOCION DE FORMAS  
DE CONVIVENCIA  
SOLIDARIA EN EL SISTEMA**



SIONAL DE SALUD

AL DE N  
PARA LA  
A VIOLE  
OCION J  
SOLID  
NA  
MAS Y P  
TENCION  
CIA INT  
FORMA  
NAC

MINISTERIO DE SALUD  
CAJA DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE CONDUCTA HUMANA  
SECCIÓN DE MUJER, GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO

**Manual de Normas y Procedimientos  
para la Atención Integral de la  
Violencia Intra Familiar y la Promoción  
de Formas de Convivencia Solidaria en  
el Sistema Nacional de Salud**



Título:

Manual de Normas y Procedimientos para la atención integral de la Violencia Intrafamilias y la promoción de formas de convivencia solidaria en el sistema de salud.

Consultoras:

Dra. Livia Arosemena Jaen  
Mgter. Zanya Villalobos Ruíz

Bajo la Coordinación y supervisión de:

La Sección Mujer, Genero, Salud y Desarrollo  
Departamento de Atención Integral a la Población  
Departamento de Analisis y Tendencias

bajo la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (O.P.S. / O.M.S.)

Donantes: Gobiernos de Noruega y Suecia

Levantado de Texto:

Patricia López, Sara Rodríguez y Temistoelcs León

Panamá 2,000

Ministerio de Salud  
Autoridades Nacionales

Dr. José M. Terán S.  
Ministro de Salud

Dr. Alexis Pinzón  
Vice-ministro de Salud

Licdo. Juan Jované  
Director General de la Caja del Seguro Social

Licdo. Alejandro Pérez  
Sub-director de la Caja del Seguro Social

Lic. María Victoria Enríquez  
Directora Nacional de Promoción de la Salud

## Presentación

“La violencia familiar 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, cómo 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.

La violencia Intra/Familiar es un problema de Salud Pública y una violación a los derechos humanos que afecta directa e indirectamente a la población en la región de la Américas, afectando especialmente a mujeres, niños y niñas y adultos(as) mayores.

Ante esta polémica El Ministerio de Salud de Panamá ofrece el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia solidaria en el Sistema Nacional de Salud, como un instrumento que proporciona las pautas y criterios básicos para el abordaje de la violencia Intrafamiliar en las instalaciones de salud del I, II y III niveles de complejidad con la perspectiva de ejecutar el Plan Institucional para la Prevención y atención de VIF, las normas integrales de atención, y dar cumplimiento a las responsabilidades que compete al Sector salud en el cumplimiento de la ley 27 que tipifica los delitos de VIF y enriquecer el Plan Nacional de Salud.

Este trabajo constituye un esfuerzo interdisciplinario e interinstitucional del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, de la Dirección General de Salud Pública y de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud a través de la Sección de Mujer, Salud y Desarrollo y del Departamento de Análisis y Tendencia y de la Dirección Nacional de Políticas quienes liderizan la consulta en los niveles locales de salud pública y privada bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS).

## INDICE

	Pág.
Introducción	
Antecedentes legales de la Violencia Intrafamiliar	2
I Parte Normas	5
1. Normas y Procedimientos para la Atención	6
A. Estructura y Campo de Aplicación (niveles de responsabilidad)	6
A.1. Responsabilidad del Nivel Nacional	7
A.2. Responsabilidad del Nivel Regional	7
a. Primer Nivel de Atención	8
b. Segundo Nivel de Atención	8
c. Tercer Nivel de Atención	8
A.3 Normas de Procedimiento	9
A.4 Promoción de Convivencia Solidaria	10
B. Actividades de Prevención Intrafamiliar	10
B.1. Atención a las Víctimas del VIF	12
C. Aspectos Generales de la Atención	13
C.1. El equipo básico	13
C.2. Equipo Complementario	13
C.3. Equipo Especializado	13
C.4. Función Básica del Equipo de Atención de VIF	13
C.5. Perfil de las Personas que Atienden	13
C.6. Medidas de Auto Cuidado que atiende VIF	14
2. Atención Integral	14
a. Calidad de la Atención	15
b. Privacidad y Confidencialidad	16
c. Actividades básicas para la atención	16
3. Examen Físico	17
a. Criterios a considerar en el examen físico	17
b. Observación de signos y síntomas	17
4. Atención Hospitalaria	18
a. Atención en los Cuartos de Urgencias	18
b. El tratamiento de urgencias	18
c. Ingreso a la sala	19
d. Egreso del Hospital	19
5. Preservación de Pruebas	21
a. Preservación de Pruebas Físicas	21
b. Procedimiento para la preservación de prueba	21
c. Procedimiento para el Fotografiado de Víctimas de Violencia Intrafamiliar	22
6. Manejo legal de casos de maltrato en población menores de 18 años	23

a. Protección	23
b. Formulario de investigación por sospecha de VIF	24
c. Pacientes ambulatorio con antecedentes de maltrato	24
7. Atención para Ofensores(as) En Cuarto de Urgencia	25
a. Evaluación del potencial de violencia del agresor	25
b. Objetivos de Tratamiento de ofensores(as)	26
c. Criterios para la atención del o la ofensor(a)	26
d. Medidas de Protección para el personal de salud, la víctima y el ofensor	27
e. Rehabilitación de personas identificadas como agresores	28
f. Guía en el tratamiento de ofensores	29
g. Anamnesis	29
h. Otros factores a considerar son	30
8. Evaluación de la letalidad en casos de VIF	30
8.a. Letalidad	31
9. Diagnostico Integral	32
10. Tratamiento Integral	32
a. Tratamiento Físico	32
b. Tratamiento Emocional y Social	32
c. Tratamiento Emocional Según los Niveles de Atención	32
11. Rehabilitación	33
12. Referencia y Contrarreferencia	34
13. Normas de Seguimiento	35
14. El Sistema de Vigilancia para el Control de la Violencia Intrafamiliar	36
a. Tipo de Sistema de Vigilancia	39
b. Actores del Sistema	39
b.1. Ministerio de Salud	39
b.2. El registro de las Acciones	39
b.3. La Investigación de los Casos de Sospecha de Violencia Intrafamiliar	40
b.4. Información sobre Violencias de los Cuartos de Urgencias de los Hospitales	40
c. Ministerio de Gobierno	39
d. Ministerio de Educación	39
e. Organizaciones no Gubernamentales y Sociedad Civil	39
15. Actividades de la Vigilancia Epidemiológica	43
a. Registro	43
b. Notificación	43
c. Procesamiento de los Datos	42
d. Análisis	42
e. Divulgación	42
f. Evaluación	43
16. Evaluación y Monitoreo	46

II Parte Instructivo para la Utilización de la Historia Clínica por Sospecha de VIF	51
1. Datos Generales	52
2. Antecedentes Personales y Familiares	53
3. Historia del Maltrato	49
4. Evaluación Médica	54
5. Evaluación del Estado Mental	57
I. Actitud, Apariencia y Actividad Motora	59
II. Estructura del Pensamiento y del Lenguaje	60
III. Estado de Ánimo y Afecto	60
IV. Contenido del Pensamiento y del Lenguaje	60
V. Percepción	60
VI. Sensorio y Cognición	61
VII. Potencial de Destrucción	61
VIII. Nivel de Letalidad	61
IX. Insight y Motivación	61
6. Evaluación Social	62
6.1. El Cuadro de Composición Familiar	62
6.2. Relaciones Familiares	62
6.3. Problemas de la Familia	63
6.4. Relaciones con la Comunidad	63
6.5. Situación Económica	63
6.6. Situación de la Vivienda	63
6.7. Situación Escolar y Laboral	63
6.8. Otros Problemas Psicosociales y Ambientales	63
7. Diagnóstico Integral	64
ANEXOS	75
Anexo I (Población Objeto y Acciones a Desarrollar en Promoción)	77
Anexo II (Población Objeto y Acciones a Desarrollar en Prevención)	81
Anexo III (Formularios de Historia Clínica de Violencia Intrafamiliar)	89
Anexo IV (Guía de Referencia para la Atención de Casos de VIF)	101
Anexo V (Guía para el Diagnóstico y Tratamiento Emocional y Social)	109
Anexo VI (Guía para el Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor)	119
Anexo VII (Instrumento para Tamizaje de la Violencia Conyugal)	129
Glosario	135
Bibliografía	151

## INTRODUCCIÓN

La Violencia Intrafamiliar (VIF) es un fenómeno social con serias implicaciones en el área de salud porque afecta las condiciones de vida de las personas. En la XXXVII reunión del Consejo Directivo de la OPS 1993 los países miembros, Panamá entre ellos, consideran la VIF como “un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y se estimó, que el Sector Salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas para promover una cultura de paz, de prevención y control de todas las formas de violencia”<sup>1</sup>. El Programa Mujer Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Centro América ha impulsado en los países de la sub región la priorización del tema de la Violencia Intrafamiliar para su incorporación en las políticas, planes, programas y acciones de salud, ofreciendo la cooperación técnica para el abordaje de este problema medico-legal. En este sentido, los Ministros (as) de Salud en Centro América y Presidentes Ejecutivos de la Seguridad Social; en la reunión del Sector Salud en Centro América (ISCA) en 1994 emitieron una resolución para integrar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud y el desarrollo de estrategias y mecanismos para la atención de las víctimas de violencia y la promoción de la cultura de paz en el seno de la familia<sup>2</sup>.

La elaboración del Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar busca uniformar criterios y definir las pautas generales de acción del equipo de salud en los componentes de Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación, en toda la Red de los Servicios de Salud, estableciendo la coordinación con los diferentes sectores del país, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

---

<sup>1</sup> La Ruta Crítica que siguen las mujeres víctimas de VIF. Panamá, 1998 Pag. 29.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Febrero, 1999.

## **ANTECEDENTES LEGALES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:**

Debido a las repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas de la Violencia Intrafamiliar que interfieren en el desarrollo humano sostenible, este tema ha sido impulsado a través de los movimientos de mujeres a nivel mundial y nacional, en su lucha por la igualdad y equidad de género en el contextos: jurídico, político y socio económico o sea el derecho a una vida digna y feliz.

A través de las Naciones Unidas se logró aprobar la convención “Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer” en 1977, la cual ha sido ratificada por la mayoría de los Estados; y en el caso de Panamá, mediante la ley N° 4 del 22 de marzo de 1980. En 1984 se da la aprobación de la Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En este mismo contexto se unen los esfuerzos que plantean estos temas en las convenciones de: Viena 1993, Cairo 1993, Belén Do Para en Brasil 1994, que conlleva esta ultima a la realización de la Convención Interamericana para “Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer”, aprobada por la Asamblea General de los Estados Americanos el 9 de Junio de 1994, y ratificada en Panamá mediante la ley N° 12 del 20 de abril de 1995; en ese año, se celebra la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing 1995.

En materia de los derechos de la niñez el movimiento para la defensa de los Derechos del Niño(a) tiene una gran trayectoria en la historia de este siglo; cuya iniciativa comenzó en 1924 con la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño(a), y culminó con la Convención de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, cuando se aprobó de manera unánime Panamá país signatario la ratificó mediante la Ley 15 de 6 de noviembre de 1990. También en 1990 con la Declaración de Caracas se promueve los derechos humanos del enfermo mental quienes son víctimas de VIF y de Violencia Institucional.

Por otro lado la ley 4 de 29 de enero de 1999, por la cual se instituye la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, establece en el capítulo VI, la política social del Estado en materia de violencia contra las mujeres. Estas Convenciones han generado el compromiso de Panamá de crear y/o modificar normas como el Código de la Familia y la ley 27 del 16 de Junio

de 1995.

**“Por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato a menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial, y se adoptan otras medidas.”**

Esta Ley 27, reforma y adiciona artículos al código penal y judicial y se adoptan otras medidas. Además, establece la utilización del Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, como un requisito legal para el personal de salud.

El Ministerio de Salud institucionalizó en 1996 la atención de la VIF, como una respuesta social a la demanda formulada por el movimiento de mujeres que se concreta en el Plan Institucional de Atención y Prevención. A partir de allí, se integran a la oferta de servicios de salud aspectos promocionales de prevención, atención y rehabilitación de la VIF; se diseñan instrumentos técnicos, iniciales para asegurar la intervención integral de las víctimas y agresores.

Además en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva publicado por el Ministerio de Salud en febrero de 1999, prioriza entre otras la violencia sexual.

El impacto mayor de la violencia es sobre la vida humana, como lo señalan las tasas de mortalidad por homicidio y suicidio y otros tipos de expresión de la violencia. Además, la violencia como productora de enfermedad, amenaza la integridad personal y el funcionamiento orgánico, emocional y social, trayendo como consecuencia discapacidad, minusvalía física, mental, social y laboral, a la vez que afecta la calidad de vida de las personas directa e indirectamente involucradas.

Por otra parte, la violencia provoca una carga considerable en los Servicios de Salud, comparable al gasto que plantean otras enfermedades prioritarias de tipo crónico degenerativas, tales como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer entre otras.

En el artículo 6 se establece lo siguiente:

Artículo 6. Adiciónese al artículo 215 D al código penal así:

**Artículo 215 D.** El funcionario público o el particular que tenga conocimiento de la ejecución de un hecho tipificado como **Violencia Intrafamiliar** o maltrato de niños y niñas y no ponga en conocimiento a 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.

El capítulo tercero de la ley 27 en el artículo 18 señala lo siguiente:

**Artículo 18.** Los médicos, paramédicos y el personal administrativo que laboran en las instituciones de salud mencionadas en el artículo anterior, deberán documentar, mediante formulario distribuido por el Ministerio de Salud, el historial médico, los hallazgos clínicos, el diagnóstico y la incapacidad provisional de la persona afectada, que declara haber sido víctima de violencia Intrafamiliar o maltrato de niños y niñas. El formulario en mención será enviado al instituto de medicina legal, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la atención de la persona afectada, para que el Instituto evalúe el informe médico y continúe el trámite que corresponda para las sumarias que al efecto se realicen. El certificado de incapacidad final deberá indicar la incapacidad laboral y la incapacidad física total hasta su recuperación, o las lesiones permanentes que resultaren de la agresión.

**I PARTE**

**NORMAS**

# 1. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN

## Objetivos Generales

- Insertar al modelo general de Atención de Salud el modelo Integral de Atención y Prevención de la VIF con enfoque de riesgo
- Establecer reglas y lineamientos básicos y uniformes, que oriente la intervención integral del equipo de salud de la red de servicios: para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención, y recuperación de las personas afectadas por Violencia Intrafamiliar.

## Objetivos Específicos

- Proporcionar criterios, procedimientos técnicos y bases legales uniformes que faciliten la acción del personal de salud, mediante una atención integral oportuna, eficaz, cálida, equitativa y de calidad en la Red de Servicios de Salud.
- Definir las responsabilidades y funciones en el ámbito de la prevención y la atención de la violencia intrafamiliar, y promoción de formas de convivencia solidaria, para el abordaje integral e interdisciplinario por niveles de atención en el sistema Nacional de Salud.
- Estructurar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, para la toma de decisiones.
- Establecer el sistema de referencia y contrareferencia intrasectorial e intersectorial, para la atención de los casos de Violencia Intrafamiliar.
- Desarrollar conocimientos, métodos y estrategias para promover la cultura de la no violencia, prevenir y reducir la violencia en Panamá.

### A. Estructura y Campo De Aplicación (Niveles de Responsabilidad)

#### Objetivo

Identificar actividades específicas de atención de la Violencia Intrafamiliar que permitan el desarrollo de las Políticas Nacionales, el Plan Nacional de Salud y el Plan Institucional de Atención y Prevención de la violencia y la Promoción de formas de Convivencia Solidaria

#### A.1. Responsabilidad del Nivel Nacional

El Ministerio de Salud institucionalizará la temática de la VIF a través del Plan Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia y Promoción de formas de Convivencia Solidaria, el Programa y las Normas de Prevención, Atención de VIF.

El Nivel Nacional, a través de la Dirección de Promoción de Salud, Salud Pública, Provisión de Servicios y la sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo son las instancias responsables de regular y hacer cumplir el Plan, programa y Normas de la VIF en el Sistema de Salud.

El nivel nacional es responsable de coordinar con otras instituciones Nacionales e Internacionales las macroestrategias para:

- Evaluar el cumplimiento de la norma
- Proponer la integración de la promoción de formas de convivencia solidaria y la atención integral de la Violencia Intrafamiliar como política nacional de salud.
- Divulgar las normas y procedimientos para la atención y prevención de la Violencia Intrafamiliar y promoción de formas de convivencia solidaria

## **A.2. Responsabilidad Nivel Regional**

El nivel Regional, es la instancia operativa, responsable de la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Institucional, el Programa y las normas de Atención y de prevención de la VIF y la Promoción de formas de convivencia solidaria en su espacio-población de responsabilidad

### **El Nivel Regional es responsable de:**

- Operativizar las estrategias expresadas en el plan nacional de atención y prevención de la violencia y promoción de formas de convivencia solidaria
- Recolectar y analizar toda la información que se genera de las acciones efectuadas producto del cumplimiento de la norma
- Supervisar periódicamente la ejecución de estas normas y evaluar el impacto de la misma en su región
- Retroalimentar al nivel central de los resultados de la operativización y cumplimiento de las estrategias y las normas.

En las regiones de Salud se desarrollarán actividades de concertación, negociación y coordinación con Alcaldes, Policías, sector Legal y otros actores de presencia local dirigidas a establecer un abordaje integral de la problemática de Violencia Intrafamiliar.

#### **a. Primer Nivel de Atención**

En el primer nivel de atención se desarrollarán acciones de promoción de formas de convivencia solidaria, de prevención y atención básica de la VIF con oportunidad, equidad, calidez y calidad.

- Ejecución de las actividades y procedimientos expresados en la norma y en el plan.
- Incluirán en las programaciones operativas la atención y prevención de la Violencia Intrafamiliar y promoción de las formas de convivencia solidaria a través de la conformación de redes comunitarias

#### **b. Segundo Nivel de Atención**

En el segundo nivel de atención se brindará atención, física, emocional, sexual y social, hospitalaria y ambulatoria oportuna a problemas de VIF que correspondan a un segundo nivel de complejidad, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de la red primaria. Se desarrollarán acciones de atención, prevención y rehabilitación.

#### **c. Tercer Nivel de Atención**

El tercer nivel de atención hospitalario y ambulatorio, brindará atención con oportunidad, calidez, equidad a problemas de Violencia Intrafamiliar que afectan la salud física, emocional, sexual y social, que correspondan al tercer nivel de complejidad, mediante el sistema de referencia y contra – referencia de I y II nivel de atención.

### **A.3.- Normas de Procedimientos**

#### **Norma 1**

El Ministerio de Salud a través de la Dirección Nacional de Recursos Humanos coordinará con las Universidades, la inclusión del tema de violencia intrafamiliar en las curriculas de Pregrado y Post grado de las carreras afines a salud.

#### **Norma 2**

En los niveles nacional, regional y local se establecerán Comisiones multisectoriales o redes de apoyo con participación social, para que desarrollen un programa de acción y Promoción de formas de convivencia solidaria y Prevención de la VIF.

#### **Norma 3**

Todo recurso humano que desarrolle funciones gerenciales en las diferentes unidades del Sistema de Salud, es responsable de promover el cumplimiento de las políticas relacionadas a la VIF del Plan Institucional de VIF, Programa y Norma en la Institución de Salud que dirige; deberá dotar al equipo de salud de los recursos necesarios para el desarrollo de actividades de prevención, atención y promoción de formas de convivencia solidaria incluyendo los formularios de registro de investigación.

#### **Norma 4**

Todo director(a) o gerente(a) le corresponde promover espacios de capacitación y actualización sobre la temática, dirigido al personal de salud a su cargo

## A.4.- Promoción de Formas de Convivencia Solidaria

### Norma 5

El equipo de Salud en general deberá promover las acciones de información, comunicación y educación, así como los procesos de capacitación en forma sostenida, impulsados con el esfuerzo multisectorial y de la comunidad, para fortalecer las condiciones personales, familiares y sociales que propicien estilos de relación social solidaria, democráticas, la igualdad de oportunidades y el respeto a las diferencias.

### Norma 6

En todos los niveles de atención de la Red de Servicios de Salud se realizarán acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de la VIF con participación social.

### Norma 7

Capacitar al personal de salud, personas afectadas, familiares y a la comunidad en general sobre los mecanismos de prevención de la VIF.

## **B. Actividades de prevención de la violencia intrafamiliar.**

### **Sensibilización pública para reconocer y abordar el problema de la Violencia Intrafamiliar.**

- Orientar sobre los tipos de Violencia Intrafamiliar, sexual, física, económica, emocional y social, así como las conductas violentas reconocidas y no reconocidas.
- Movilización de las organizaciones comunitarias y establecimiento de redes de apoyo para la promoción, identificación y canalización de los casos de VIF.
- Estrategia de IFC sobre la VIF en cintillos eléctricos y propagandas a través de la televisión hacia todos los grupos de la población.
- Elaboración de panfletos, folletos, afiches.
- Capacitación del personal docente (orientadores escolares), sobre temas de derechos sexuales y reproductivos, violencia sexual y otras.
- Capacitación a padres de familia sobre la orientación a niños(as) y adolescentes en relación a la VIF.

## **Actividades de capacitación.**

- Desarrollar los conocimientos y las habilidades de Recursos humanos en Salud y de las diferentes organizaciones e instituciones relacionadas con la atención del problema de VIF.

Promover y desarrollar actividades de capacitación coordinadas con:

- Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social.
- Ministerio De La Juventud, La Mujer, La Niñez y La Familia, Ministerio de Educación, Ministerio de Gobierno y Justicia, Ministerio Publico, Red Nacional contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Organo Judicial.

Instituciones privadas de Salud como:

- Instituciones superiores formadoras de recursos humanos en salud.
- Trabajo Social, Psicología, Orientación, Terapia familiar, Sociedades de Médicos(as) generales, y especialistas.
- Formar facilitadores(as) multiplicadores(as) a nivel institucional y comunitario.
- Sector Salud, Sector Educación, Juntas comunales y locales, Iglesias, ONGS's y otros.

## **Participación Social**

Conjugar los esfuerzos interinstitucionales y comunitarios en la lucha contra la violencia Intrafamiliar.

1. Identificar a los Actores sociales para la Organización de Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.
2. Comunicarse con los Actores y Organizaciones comunitarias.
  - Juntas Comunales.
  - Sectores Locales.
  - Sector Policial.
  - Sector Legal-Jurídico.
  - Sector Educativo.
  - ONG's.
  - Medios de comunicación.
  - Lideres comunitarios.
  - Grupos religiosos.
3. Organización de la participación social de acuerdo a las iniciativas particulares de los grupos.

### **Acciones de Investigación:**

- Evaluar la magnitud de la violencia Intrafamiliar.
- Analizar y evaluar la situación local y conocer la ruta crítica de las víctimas.

- Desarrollar investigaciones operativas según necesidades y niveles
- Diseño de cambios y nuevas intervenciones en base a los resultados de las investigaciones realizadas.
- Divulgación de los resultados

## **B.1. Atención a las Víctimas de VIF**

### **Norma 8**

Todas las instalaciones de Salud del primero, segundo y tercer nivel públicos o privados deberán atender los casos de Violencia Intrafamiliar y maltrato de niños y niñas dentro de sus horarios regulares. Ley 27 del 16 de junio de 1995.

### **Norma 9**

Todo el personal de salud que labore en instalaciones de primero, segundo y tercer nivel de atención tienen la responsabilidad de identificar y prestar atención y tratamiento ambulatorio u hospitalario inmediato a las víctimas de Violencia Intrafamiliar y maltrato de niños y niñas.

### **Norma 10**

La atención de Violencia Intrafamiliar se realizará mediante un equipo interdisciplinario capacitado en estos temas con un enfoque bio-psico-social desarrollando acciones de atención rehabilitación prevención y promoción de convivencia solidarias.

### **Norma 11**

Todo caso de Sospecha de violencia física y sexual, debe ser atendido como caso de urgencia.

### **Norma 12**

Todo caso que presente criterios posibles de VIF, debe ser interrogado mediante la historia clínica por sospecha de VIF.

## Norma 13

Para la detección temprana de la violencia de pareja el personal de salud deberá aplicar el instrumento de tamizaje de VIF a toda mujer en edad reproductiva que llegue a consulta. (ver anexo)

### **Población objeto:**

- Víctimas o sobrevivientes de la VIF.
- Ofensores(as)

### **C. Aspectos generales de la Atención.**

#### **1. El equipo básico.**

- Médico general.
- Enfermeras(os)
- Auxiliar de enfermería.
- Ayudante de salud.

#### **2. Equipo complementario:**

- Servicios de Apoyo (Laboratorios, Rayos x y otros)
- Trabajo social.

#### **3. Equipo especializado:**

- Especialidades básicas (Psicología, Psiquiatría, Ginecología, Pediatría, Obstetricia).
- En VIF y recursos especializados en VIF.

#### **4. Función básica del equipo de Atención de VIF.**

- a) Identificación y captación de la víctima.
- b) Aplicar la historia clínica de sospecha de VIF.
- c) Realizar el diagnóstico.
- d) Atención o intervención en crisis.
- e) Tratamiento físico, psicológico y social.
- f) Registrar y notificar la VIF a través del formulario de investigación de sospecha de VIF.
- g) Realizar referencia y contra referencia si amerita.

#### **5. Perfil de las personas que atienden**

- Reconocer la violencia como una violación a los derechos humanos.
- Tener un marco ideológico claro. (Condena cualquier forma de violencia).
- Tener capacitación y entrenamiento en la perspectiva de género.

- Clara comprensión de las teorías sobre el trauma y las relaciones de poder y control.
- Conocimiento de los estándares éticos y legales relacionados con violencia sexual, abuso físico y mental.
- Habilidades personales, tales como la asertividad y la capacidad de confrontar.
- Tener una actitud empática, congruente y usar la connotación positiva.
- No tener historia de comportamiento físico, psicológico y sexual abusivo.
- Tener capacidad para trabajar con niños/as y adolescentes y jóvenes y tener conocimientos generales en psicología del desarrollo.
- Manejar los casos sin una actitud o posición revictimizante.
- Entrenamiento en el manejo y expresión de sentimientos.
- Entrenamiento especializado en el tema del abuso físico, psicológico y sexual.
- Experiencia en el trabajo de orientación y terapia con víctimas de agresión y agresores.

#### **6. Medidas de autocuidado para el equipo de salud que atiende VIF.**

- Conocimiento y aceptación de su propio ser.
- Identificación de las motivaciones que les lleva a trabajar con la VIF.
- Manejo apropiado de las crisis personales, familiares y laborales, que faciliten la expresión de las emociones.
- Manejo asertivo de la comunicación y espacios para intercambio de experiencias
- Promoción de estilos de vida saludable(ejercicios, alimentación, sueño, recreación)
- Evaluación del estrés por agotamiento asociado al manejo de la VIF, utilizando técnicas que permitan la identificación de los límites y los espacios personales, desarrollo de habilidades sociales distantes del entorno del trabajo

## **2. Atención Integral**

### **Norma 14**

El equipo básico de Salud que atienda un caso de VIF debe llenar el Formulario de Investigación por sospecha de VIF.

## **Norma 15**

Identificado y evaluado el caso de VIF se notificará a las autoridades judiciales (Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia, Corregiduría, Medicatura Forense / Fiscalías de familia).

La atención integral comprende una serie de acciones, que incluyen los siguientes servicios:

- Orientación.
- Asistencia Biomédica, emocional, psicosocial y de sexología.
- Asesoría legal.
- Integración a grupos de víctimas y ofensores.
- Acompañamiento.
- Protección.

Estos servicios serán coordinados en las diferentes instalaciones de la Red de los Servicios que atienden a la VIF.

### **A. Calidad de la Atención**

#### **Norma 16**

Toda persona afectada por la Violencia Intrafamiliar debe ser atendida en todas las instalaciones de la red de los Servicios de Salud en coordinación con otras instancias que atienden VIF con oportunidad, calidez y calidad en la atención y sin discriminación ni distinción de grupo étnico, edad, sexo, religión o condición socioeconómica y cultural.

#### **Norma 17**

Todo personal de salud garantizará al usuario(a) de VIF un ambiente de confidencialidad, seguridad, respeto, calidez, empatía, y objetividad; libre de actitudes censurantes y revictimizantes.

#### **Norma 18**

Todo establecimiento de salud debe disponer de los recursos humanos capacitados en VIF, materiales educativos sobre VIF, directorio de instituciones y/u organizaciones (Policial, legal, grupos de autoayuda y otro vinculados a VIF).

## **Norma 19**

Se evaluará el desarrollo del programa de la atención de la VIF, a través de los siguientes indicadores:

1. Aplicación de la Norma (protocolos de evaluación)
2. Registro, investigación y notificación de VIF.
3. Suministro de información de los recursos, servicios.  
Referencia y contrarreferencia (auditorias de expedientes)

## **B. Privacidad y Confidencialidad**

### **Norma 20**

Todo el personal de salud mantendrá la privacidad y el carácter confidencial de la información, el cual esta sujeto a sanciones administrativas y legales según artículo 6, 18, 20, 21, de la ley 27 del 16 de junio de 1995.

### **Norma 21**

La ruptura de la confidencialidad solo puede ser quebrantada para proteger a la persona afectada o a posibles terceras personas que se encuentren en riesgo grave o inminente, o por un mandato legal.

## **C. Actividades básicas para la atención**

### **Norma 22**

Para obtener el diagnóstico debe realizarse una completa anamnesis y examen físico a las víctimas y a los ofensores, así como otros exámenes complementarios en caso necesario.

### **Norma 23**

Para entrevistar a los niños(as) sobrevivientes de VIF se requiere una completa anamnesis y el conocimiento de técnicas de entrevistas específicas para niños y niñas y las diferentes etapas en el desarrollo.

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 evaluar la violencia. La sensibilidad para interrogar, no requiere que se sacrifique la objetividad y no debe someter a la persona sobreviviente de VIF a un segundo trauma (revictimización)

### **A nivel del niño(a) y adolescente**

Las técnicas para entrevistar a los niños(as) y adolescentes sobrevivientes requiere de actitudes y técnicas de entrevista específicas para niños(as) y adolescentes; como por ejemplo cuando se explora el abuso sexual hay que tomar en cuenta los nombres que utiliza él y la menor para identificar sus genitales así como el efecto y consecuencias en los niños(as) y adolescentes. Se requiere el conocimiento de las diferentes etapas del desarrollo que nos permiten conocer las conductas, emociones, sentimientos y necesidades propias de cada edad.

### **3. Examen Físico**

#### **a. Criterios a considerar en el examen físico**

- Examinar la sobreviviente sin la presencia de familiares o acompañantes (si es adulta); si es menor debe estar acompañado/a preferiblemente por un personal 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/el sobreviviente bajo los reglamentos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- Preservar evidencias (balas, ropa, etc., coordinar con la P.T.J., Corregiduría y/o Policía Nacional) por el tiempo convenido con las autoridades, según las leyes del país para entregar las evidencias a las autoridades competentes en cada caso (si se trata de adultos(as) o niños y niñas).

#### **b. Observación de signos y síntomas.**

- Los síntomas y signos que se encuentran en el examen físico pueden ser muy variados.
- Las lesiones de las personas sobrevivientes 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 personas maltratadas pueden quejarse de dolor o de ansiedad, pero no presentar pruebas físicas o lesiones menores.
- Estas personas pueden necesitar ayuda aun cuando no se encuentren evidencias físicas significativas.

#### 4. Atención Hospitalaria

##### a. Atención en los Cuartos de Urgencias

###### Norma 24

El personal que labora en los servicios de urgencia de los establecimientos de salud deben estar capacitados para la detección y atención de crisis que requieren intervención inmediata o para salvar la vida y confrontar la VIF.

###### Norma 25

A toda persona que llega al Cuarto de Urgencia con criterio de riesgo de VIF debe aplicársele el formulario de investigación por sospecha de VIF.

###### Norma 26

La persona afectada que tenga alguno de los signos y síntomas de VIF, debe ser atendido inmediatamente se debe elaborar la historia clínica de VIF y el formulario de sospecha de VIF.

#### **Procedimiento para la atención de la persona afectada en situación de crisis en el cuarto de urgencia:**

##### **Evaluar interdisciplinariamente**

- Se debe evaluar integralmente a la víctima de VIF por un equipo interdisciplinario utilizando la historia clínica de VIF.
- Tratar la situación de crisis emocional que presenta.
- Tratar las lesiones físicas.
- Evaluar el ciclo de VIF y el riesgo de letalidad.
- De acuerdo al nivel de peligro de suicidio u homicidio, o la gravedad de las lesiones se las lesiones se decidirá si internada.
- Llenar el Formulario de Investigación por Sospecha de VIF.
- Notificar del caso sospechoso, remitiendo el formulario en el término de 48 horas al Ministerio Público en el caso de menores, para efecto de protección, informar a los Juzgados de Niñez y Adolescencia en un término no mayor de 24 horas.
- Referir el caso sospechoso al correspondiente Nivel de Atención, para su seguimiento.
- Referir el caso sospechoso al Albergue disponible.

##### **b.El tratamiento de urgencia:**

- Tratamiento físico
- Intervención de la crisis encaminada a disminuir el impacto emocional

del evento.

- Coordinación con las instancias legales (Fiscalía de Familia, Instituto de Medicina Legal, otras).
- Referencias a los diferentes componentes del sistema de atención o red de servicios acompañados de una copia de la Historia Clínica de VIF que exige la intervención del equipo interdisciplinario (médico, enfermera, trabajador social y psiquiatra) responsables de la evaluación integral.
- El formulario de sospecha de violencia Intrafamiliar debe ser enviado al Juzgado seccional de Menores, Medicatura Forense/Ministerio Familiar.
- Registro Médico.
- Historial Clínico.

### Norma 27

A nivel de los cuartos de urgencias de los hospitales, los casos que se identifiquen como sospecha de violencia Intrafamiliar, se deben reportar al

**Norma 31**

A la salida del hospital, el personal de salud interdisciplinario coordinará con las autoridades legales la supervisión para garantizar el tratamiento de los menores y los familiares

**Norma 32**

Los servicios especializados de salud mental de la consulta externa de los hospitales, de las policlínicas, policentros y centros de salud donde existan, son los responsables de brindar tratamiento integral que asegure la funcionalidad de la actividad psicosocial de los menores.

## 5. Preservación de Pruebas

### a. Preservación de Pruebas Físicas

#### Norma 33

Todo médico/a que trabaje en instituciones públicas de salud, tienen la obligación de extender certificado médico de incapacidad y mantener las evidencias de la violencia intrafamiliar sin requerirse la especialidad o la intervención de un médico/a forense de acuerdo al artículo No. 18 de la ley N° 27 del 16 de junio de 1995

#### Norma 34

Debe preservarse toda probable evidencia física (ropa con sangre, cabellos y otros líquidos corporales) en bolsas de nylon o en otros materiales que garantice el aislamiento de las presuntas pruebas. Estas pruebas deberán entregarse a las autoridades competentes en caso de requerirse.

### b. Procedimiento para la preservación de prueba:

- Ponga la ropa manchada de sangre o desgarrada en una bolsa o sobre sellado.
- Guarde cualquier ropa que puede contener pruebas de un asalto sexual.
- Rotule la bolsa con el nombre de la persona afectada, la fecha y el nombre de la persona que colocó los elementos en la bolsa.
- Si la persona afectada 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 niños y niñas.

**c. Procedimiento para el Fotografiado de Víctimas de Violencia Intrafamiliar.**

A todas las personas afectadas con lesiones visibles debe ofrecérsele 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 niños y niñas debe ser autorizado por el adulto que le represente, siempre y cuando no sea la persona que agrede. Debe ser realizado por el personal capacitado para tal tarea.
- Las fotografías se convertirán en parte del registro médico de la persona afectada 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 tipo Polaroid con película a 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 persona afectada, como la cara o una mano.

- Si esto no es posible, debe indicársela a la persona afectada 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 recomendársele a la persona afectada, que regrese en una fecha posterior o que se le hagan fotografías adicionales en otro sitio.
- Debe indicársele a la persona afectada la importancia de las tomas fotográficas lo más pronto posible.

## **6. Manejo legal de casos de maltrato en población menores de 18 años.**

Los pacientes hospitalizados seguirán los siguientes pasos.

### **a. Protección:**

- Al hospitalizar al paciente que tenga diagnóstico de VIF se refiere al Trabajo Social para efecto de protección del niño(a).
- La o el Trabajador Social entrevista al cuidador(a) primario, familiares o personas que denuncian el caso.
- La o el Trabajador Social previa evaluación por equipo de VIF hace el informe y refiere al caso al Juzgado de Niñez y Adolescencia en término de las 24 horas siguientes a su ingreso, con miras a su protección.
- El Trabajador Social informa a los padres, cuidadores o guardadores y les orienta al Juzgado de Niñez y Adolescencia.
- El o la Trabajador(a) o el funcionario designado debe anotar en la cuadrícula del o la paciente, que el menor está bajo las órdenes del Juzgado de Niñez y Adolescencia. No se entregará al paciente sin el consentimiento del Juzgado de Niñez y

Adolescencia, pero cumpliendo con los criterios clínicos. Generalmente los jueces de Niñez y Adolescencia envían oficios a la Dirección Médica comunicando que los menores están bajo responsabilidad del Juzgado.

Al ordenarse la salida de la sala, debe avisarse a la oficina de Trabajo Social, o de el o la funcionario(a) designado deberá enviar un Fax o Memorándum notificando los egresos a los Juzgados de Niñez y Adolescencia.

El Juez de Niñez y Adolescencia envía un Oficio a la Dirección Médica en el que se señala quién retirará al menor.

La Dirección Médica coloca el Visto Bueno en el Oficio y se le entrega copia a diferentes instancias. Una queda en el expediente, otra en Trabajo Social y se devuelve copia al Juzgado de Niñez y Adolescencia con el Visto Bueno de la Dirección Médica.

Finalmente el o la Trabajador(a) Social o Funcionario(a) de la Sala en ausencia del primero, procede a entregar al paciente, ya sea, a los familiares o a funcionarios(as) del Juzgado de Niñez y Adolescencia.

**b. Formulario de investigación por sospecha de VIF:**

- Todo funcionario(a) que atienda y reciba el caso debe enviar dicho formulario al Instituto de Medicina Legal en un termino no mayor de 24 horas.
- Si la salida del menor se da en ausencia del o la Trabajador(a) Social, éste al día siguiente retirará copia del oficio.

**c. Pacientes ambulatorio con antecedentes de maltrato:**

- Previa evaluación integral por equipo VIF (Trabajador/a Social y Médico/a, enfermera y otros) se requiere utilizar la historia clínica de atención a la VIF.

- Llenar el formulario de sospecha de VIF a todos los pacientes de VIF.
- Informe y referencia al Juzgado de Niñez y Adolescencia respectivo (remitir la copia respectiva).
- Referencia al equipo de Salud Mental para evaluación y tratamiento.

## 7. Atención Para Ofensores(as) En Cuarto De Urgencia

### Norma 35

Las personas identificadas como “agresor(a)” deben recibir una evaluación integral según criterios para evaluar el potencial de violencia, para recibir el tratamiento que le asegure restablecer las funciones mentales y sociales.

#### a. Evaluación del potencial de violencia del agresor:

1. Estado mental actual de la persona afectada: calidad del juicio, estado actual de excitación, alteración de la conciencia, evidencia de psicosis.
2. Grado de impulsividad demostrada por su conducta anterior (p. ej. , Infracciones de tráfico, antecedentes laborales, gastos monetarios, relaciones sociales/sexuales y conductas de riesgo).
3. Uso y acceso a armas, práctica de artes marciales, entrenamiento militar, deportes o aficiones agresivas.
4. Uso de sustancias tóxicas.
5. Antecedente de actividad violenta y sus circunstancias; antecedentes de actividad autodestructiva; antecedentes de atentado contra la propiedad.
6. Antecedentes criminales.
7. Enfermedad médica o psiquiátrica actual; antecedentes de traumatismo craneal, epilepsia.

8. Rasgos o trastornos de la personalidad que propician la conducta agresiva (p. ej. paranoide, antisocial, límite).
9. Exposición a la violencia en la niñez, historia de abuso (físico o sexual) o niñez «caótica» con cuidadores negligentes o diversos.
10. Capacidad de la persona afectada para expresar su frustración o rabia por medios no violentos, considerar la capacidad verbal, inteligencia, recursos anteriores, red actual de apoyo social.

#### **b. Objetivos de Tratamiento de ofensores(as)**

- La persona afectada debe lograr reconocer la violencia como lucha de poder en las relaciones y aceptar el daño que originó a la víctima. El tratamiento tiene como objetivo que el o la ofensor(a) pueda desarrollar la capacidad de empatía que le permita ponerse en lugar de la víctima y compartir su sufrimiento. Reconocer y aceptar la necesidad de ayuda a través de un tratamiento.
- En relación con los mecanismos de afrontamiento, es importante la superación de los mecanismos de racionalización; que lo lleva a la justificación de los hechos de violencia y que obstaculizan el tratamiento del o la ofensor(a).
- A través de la evaluación del funcionamiento de la Actividad Global (EEAG), la persona afectada debe haber logrado un mejor ajuste psicológico y social; que le permita ser referido a los Centros de Salud y participar de los grupos de auto ayuda.

#### **c. Criterios para la atención del o la ofensor(a)**

La preocupación principal del psiquiatra examinador o en su defecto, médico/a general en este medio es la seguridad de la persona afectada y los demás (incluido él mismo). Las personas afectadas potencialmente violentas deben ser abordadas de manera tranquilizadora

y sin amenazarlas. Muchas personas afectadas agitadas se tranquilizan con la presencia de un examinador sereno y realmente interesado en comprender su experiencia.

Puntos que se han de recordar:

- Evitar que la persona haga daño a terceros y a si mismo(a).
- Abordarlo(a) sin amenazas.
- Restricción solo en los casos extremos en que exista la amenaza a la vida del personal tratante o a si mismo(a).
- Asegúrese de la presencia de un ayudante, dentro o fuera de la sala, hasta que la situación esté controlada.
- Verificar si existe algún arma y requisarla si es posible.
- A veces, el ofrecimiento de un vaso de agua o de algo para tomar tranquiliza a la persona afectada.
- Mantener un ambiente tranquilo.
- No censurar.
- No apresurarse.
- Evaluar la posibilidad de administrar sedantes o tratamiento antipsicótico. Puede administrarse un neuroléptico, un benzodicepina o ambos. Por ejemplo, haloperidol, 5-10 mg. IM o por vía oral, lorazepam, 1-2 mg IM o por vía oral; pueden administrarse juntos o separados.
- Ofrecer la medicación primero de forma voluntaria. La administración forzada de la medicación debe ser el último recurso.

#### **d. Medidas de Protección para el personal de salud, la víctima y el ofensor**

Si se observa conducta agresiva.

- El profesional de salud debe llamar al guardia o seguridad si se presentan señales de peligro.

- Prohibición de visitas en el área de tratamiento.
- Garantizarle la protección a la víctima no dando información por teléfono.
- Brindar una oportunidad de salida o escape si la víctima lo solicita.

**e. Rehabilitación de personas identificadas como agresores:**

Se utilizara el formulario de Historia Clínica de VIF que comprende la evaluación Integral.

El equipo interdisciplinario que participa en la evaluación Integral del agresor, debe considerar si el caso lo amerita, aplicar las siguientes evaluaciones:

- Evaluación neurológica para descartar organicidad cerebral (EEG, CAT, otros).
- Evaluación neuropsicológica.
- Evaluación psiquiátrica para descartar patología psiquiátrica.
- Evaluación psicológica del perfil de personalidad y coeficiente intelectual.
- Antecedentes de traumas físicos, psicológicos, de abuso anterior, agresividad desde niño/a.
- Antecedentes de conducta infractora, delitos mayores.
- Antecedentes de alcoholismo o consumo de otras drogas lícitas e ilícitas.
- Evaluación de los factores psicosociales condicionantes y precipitantes.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).
- Otros exámenes complementarios (Genético, de laboratorio, según el caso).

La evaluación integral nos permitirá realizar un Plan de Tratamiento que comprende:

- Internamiento a ofensores(as) de alta peligrosidad
- Se dará en hospitales o Centros de Rehabilitación Penal, que contemplen los requisitos para tratamiento y que garantice un sistema de vigilancia y seguridad.
- Tratamiento ambulatorio

#### **f. Guía en el tratamiento de ofensores:**

- Él(la) ofensor(a) deberá reconocer su diagnóstico y hacer un contrato de tratamiento que se comprometa a cumplir.
- En el contrato deberá aparecer en detalles las obligaciones y limitaciones que pueda tener el programa de tratamiento, así como alguna otra consideración que a juicio del equipo tratante sea pertinente establecer.
- Se debe establecer una estrecha coordinación con el sistema judicial competente.
- Niveles de atención en las personas identificadas como ofensores(ras)
  - Nivel III Atención especializada de Salud Mental

Es responsable de los estudios especializados complementarios requeridos en la evaluación de la VIF y de los casos de maltrato grave o moderado con alto nivel de letalidad que ingresan por vía de urgencia o sean referidos del I y II Nivel de atención.

#### **g. Anamnesis**

- Para un adecuado diagnóstico se deben evaluar los efectos de la VIF en las áreas psicológica, social, física, sexual y económica.
- Evaluar los diferentes tipos de VIF.
- Nivel de intensidad de la VIF.
- Riesgo de letalidad.

- Incongruencia en la explicación de las lesiones.
- Factores de riesgos condicionantes y/o precipitantes.

**h. Otros factores a considerar son:**

- Tendencias a la somatización (hipertensión arterial, problemas Ginecológicos y gastrointestinales y otros).
- Antecedentes de fracturas y politraumatismos.
- Desórdenes de sueño.
- Consumo frecuente de tranquilizantes / analgésicos y otras drogas.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Consultas repetidas sin diagnóstico claro.
- Antecedente de cualquier tipo de violencia.

**Norma 36**

El diagnóstico se realizará tomando en consideración la tipificación de la violencia intrafamiliar de acuerdo a los criterios clínicos legales.

Para dicha tipificación ver anexo.

**8. Evaluación de la letalidad en casos de VIF.**

**Objetivo:**

Reconocer el riesgo de muerte en los casos de VIF y brindar protección a la víctima.

**Norma 37**

En todos los contactos de Víctimas de VIF debe evaluarse el Nivel de letalidad. En caso que se determine que la vida de la víctima corre peligro se debe hacer uso de la Red de Apoyo existente y elabora un Plan de Seguridad Personal para garantizar su seguridad física.

- Es importante familiarizar a la(el) sobreviviente plenamente con la pro-

bable progresión de una situación violenta. (Ver ciclo de la VIF en anexo).

- Escuche seriamente la percepción de la situación que la(él) sobreviviente tenga y respete la evaluación de los riesgos y la seguridad del ambiente que ella(él) tenga.
- Bajo ninguna circunstancia, minimice la posibilidad de peligro.
- Si la víctima reporta que la persona que agrede ha hecho amenazas concretas, tome sus palabras como indicadores de peligro, oriéntela(lo) y exhórtela(lo) a elaborar un plan de seguridad personal y acudir a la red de apoyo.

### **A. Letalidad**

En la evaluación de Riesgo de Letalidad se hace necesario considerar los siguiente aspectos expresados por la(él) sobreviviente:

- Reporte de arma(s) en el hogar
- Reporta haber sido atacada(o) con arma(s) o un ataque potencialmente mortal.
- Refiere temor por su vida o amenazas a su vida hechas por el o la agresor(a).
- Reporta el comportamiento agresivo de el o la agresor(a) hacia otros.
- Reporta que han sido amenazados o heridos los(as) hijos u otros familiares.
- La pareja se ha separado recientemente.

## **9. Diagnóstico Integral.**

### **Norma 38**

El diagnóstico Integral y sexual se apoyará en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE10), vigente en Panamá y utilizará el esquema de diagnóstico multieje (Del DSM IV) que comprende los siguientes ejes diagnósticos:

## **10. Tratamiento Integral.**

### **a. Tratamiento Físico.**

#### **Norma 39**

Toda persona víctima de violencia debe ser sometida al tratamiento de las lesiones físicas de acuerdo a las características, gravedad, morbilidad según el nivel de complejidad de los servicios de salud.

### **b. Tratamiento Emocional y Social.**

#### **Norma 40**

El tratamiento de la persona víctima de VIF debe incluir el abordaje emocional y social para la cual se utilizará el procedimiento básico de consejería de salud y la organización de grupos de apoyo y auto ayuda.

#### **Norma 41**

El tratamiento a las personas víctimas de violencia Intrafamiliar debe incluir el abordaje emocional dirigido a fortalecer la auto estima en las diferentes modalidades de tratamiento.

### **c. Tratamiento Emocional Según los Niveles de Atención**

#### **Norma 41**

Para optimizar el tratamiento emocional es importante considerar los criterios de referencia y contrareferencia para mantener una red dinámica y coordinada con los diferentes niveles de atención y sus equipos interdisciplinarios.

### Abordaje Emocional Según los Niveles de Atención

Nivel	Objetivo	Criterios de Atención	Acciones
Nivel I Equipos básicos complementarios	Brindar información y orientación para fortalecer la autoestima.	Población afectada del VIF con mecanismo de afrontamientos que les permite buscar ayuda Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 100 a 70	Acciones de Consejería en crisis emotiva referir a grupos de apoyo
II Nivel Especialidades básicas	Fortalecer la autoestima y fortalecer los mecanismos de afrontamiento	Mecanismo de afrontamiento les permite mantener el sentido de realidad EEAG=70 a 50	Consejería Intervención en crisis Grupo de autoayuda Apoyo psicológico
III Nivel Servicios más especializados de Salud Mental	Restablecer las funciones psicológicas y sociales	Mecanismo de afrontamiento de tipo psicótico EEAG = menos de 50	Psicofármacos Psicoterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual</li> <li>• Grupal</li> <li>• Familiar</li> </ul> Referencia a los grupos de autoayuda.

## 11. Rehabilitación

El objetivo de la rehabilitación es restablecer las funciones físicas psicológicas y sociales.

### Norma 43

Todo personal de salud tiene la responsabilidad de la identificación de la víctima / sobreviviente y definir las estrategias de rehabilitación independientemente de estar expuesto(a) a la situación de maltrato.

### Norma 44

El equipo interdisciplinario debe desarrollar un Plan de Rehabilitación con la finalidad de restablecer las funciones físicas, mentales, sociales y sexuales de las personas sobrevivientes.

### Norma 45

Promover grupos auto-ayuda en los diferentes niveles de atención y en la comunidad con la participación de otras instancias gubernamentales y no gubernamentales.

### **Norma 46**

El equipo interdisciplinario de rehabilitación será responsable de dar de alta al(la) agresor(a).

### **Norma 47**

Él(la) agresor(a) que ingrese a un programa de rehabilitación deberá permanecer en el mismo de 6 meses a 2 años y no deberá salir del programa hasta que observe conducta no violenta por un periodo de 6 meses.

## **12. Referencias y Contrarreferencia.**

### **Norma 48**

El tratamiento integral debe complementarse con las referencias y contrarreferencias en la Red de Servicios de Salud según complejidad y a otros actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad como: la policía, corregidurías, Juzgados de niñez y adolescencia, Fiscalías De Familia, ONGS, grupos comunitarios, grupos de autoayuda y otros.

- Debe referirse a las(os) sobrevivientes a aquellas instancias que puedan garantizarle protección y seguridad, al igual que sus hijos(as).
- Los(as) funcionarios(as) deben orientar a la víctima sobre los recursos y servicios disponibles para ofrecerle apoyo (ONGS y otras Organizaciones).
- Es conveniente que el personal de salud mantenga contactos con todos los programas de Violencia Intrafamiliar de su área.
- La información actualizada, la capacitación 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.

### 13. Normas de Seguimiento:

#### Norma 49

A toda víctima de VIF, se le dará seguimiento por parte equipo de salud hasta que logre una mayor funcionalidad familiar, laboral, social para enfrentar y superar la VIF

- A las personas afectadas, se les dará cita de control durante el período que dure el tratamiento, según lo indicado por el personal o equipo tratante. La persona afectada debe recibir atención integral de acuerdo a la necesidad que presente estableciéndose un mínimo de dos veces al mes durante los meses que sea necesario a criterio médico. Se le integrará a los grupos de apoyo de la red o a los grupos de autoayuda.
- Cuando la situación lo requiera, será atendido el núcleo familiar.
- Las visitas domiciliarias se harán según el avance o condición de la persona afectada niños(as), adultos(as) mayores, discapacitados por parte del equipo de salud (trabajador social, enfermera, médico, psicólogo, entre otros).

## **14. El Sistema de Vigilancia para el Control de la Violencia Intrafamiliar**

Se define como Violencia Intra familiar, (VIF), a la violencia física, sexual, emocional, patrimonial, negligencia entre los miembros de la familia, incluye el abuso infantil, la violencia conyugal, el abuso de adolescentes y de adultos mayores. Se manifiesta generalmente como consecuencia de condiciones culturales. (4)

La vulnerabilidad de ciertos grupos humanos está relacionada con el sexo y la edad,(5) y aunque pareciera que la mujer sufre más lesiones que el hombre, no necesariamente comete menos actos violentos. (Violencia física en el hogar con sus hijos o con violencia psicológica a su pareja sexual).

La VIF es difícil de cuantificar ya que el ofensor casi siempre amenaza a la víctima con más violencia si habla del problema; la víctima no habla para evitar daño social para ella y su familia; las múltiples formas de expresión de esta forma de violencia y que en ella el enfrentamiento es entre contrincantes más que una relación de víctima a victimario, y el que más violencia recibe termina siendo la víctima.(6,7)

Teniendo en cuenta que los Sistemas de Vigilancia son información para la acción, se pretende apoyar todas las acciones dirigidas al control de la VIF, en la búsqueda del objetivo de reducir sus consecuencias.

La implementación de este sistema se enmarca en la coordinación interinstitucional e intersectorial entre las diferentes fuentes de información y de ejecución de las acciones de intervención se pueden desarrollar bajo

la coordinación máxima de las autoridades locales. (\*)

El montaje de un sistema de vigilancia, (no es lo mismo que un sistema de información), se sustenta en que:

1. Las violencias son el problema de Salud Pública mas importante en la actualidad.
2. Hay necesidad de determinar los factores favorecedores de una cultura intra familiar de violencia
3. Hay que evaluar las intervenciones tendientes a disminuir los hechos violentos en el marco de la familia

**Con este sistema se pretende:**

1. Mejorar el registro de los hechos violentos para medir el problema y su evolución así como el impacto de las acciones de control.
2. Fomentar la investigación operativa como medida para mejorar el conocimiento sobre la dinámica de las violencias y sus mecanismos de control.
3. Ayudar a la búsqueda de medidas de prevención al generar hipótesis sobre los factores causales prevenibles

Existen algunos factores que afectan el montaje útil de un sistema de vigilancia para la violencia intra familiar, como son:

- a. La definición de qué eventos o sucesos se vigilarán dentro del marco de la información disponible y útil
- b. Cómo se presentarán las salidas del sistema para que sean interpretables por los tomadores de decisiones en todos los niveles.

- c. Cada que tiempo se recopilará la información para que sus salidas sean oportunas y útiles.
- d. Las dificultades operativas para la recolección de los datos, cuando se recurre a instrumentos de gran magnitud, difíciles de operar y que pretenden recoger toda la información de una sola vez, (pueden darse tiempos o momentos diferentes de recolección de información tales como ventanas). Como consecuencia de ello se produce un subregistro del incidente y de algunas de las variables a recoger.
- e. El diseño centralizado de los sistemas de información del sector salud,
- f. Parte de la necesidad sentida en la VIF alcanza a demandar atención de los organismos de seguridad, y se sustenta en la denuncia y notificación de los diferentes eventos.
- g. Que no toda la demanda de atención por medio de la denuncia o notificación alcanza a ser atendida, ya que en muchas ocasiones las instituciones no disponen de los recursos necesarios para la atención de la necesidad demandada, principalmente la estructura horaria de servicios, etc.
- h. La necesidad atendida no se convierte necesariamente en una necesidad resuelta, debido a la acción de tipo judicial o administrativa que se desarrolla y que lleva a retrasos en las intervenciones, absoluciones, sobreseimientos etc.<sup>(9)</sup>
- i. Que es en base a la necesidad resuelta que se ha tratado de hacer interpretaciones de la necesidad sentida por las comunidades y el resultado generalmente es la elaboración de políticas y planes de intervención apartados de la realidad.<sup>(10)</sup>

## **A. Tipo de Sistema de Vigilancia**

El sistema que se propone es de tipo pasivo, basado en los casos que llegan a las instalaciones de salud o de las diferentes instancias judiciales o policiales, producto de la demanda espontánea. Sin embargo un componente importante es la búsqueda activa de casos que deberá ser articulado en forma periódica bien sea por medio de ventanas epidemiológicas o por investigaciones específicas que surjan como necesidades complementarias de la información generada por la vigilancia pasiva.

## **B. Actores del Sistema.**

Se proponen como actores principales a las diferentes fuentes de información sobre las violencias existentes en Panamá, estructurados operacionalmente como cuatro subsistemas autónomos, que de alguna manera cubren las necesidades básicas de información en un municipio o área geográfica en su conjunto, y lo que se persigue es sistematizar ese potencial de información y canalizarlo con fines de aumentar y fortalecer la capacidad institucional.

**b.1. Ministerio de Salud y CSS.** En las instituciones de salud la VIF se registrará en los sistemas rutinarios de información y debe ser convertida en una entidad de notificación e investigación obligatoria por niveles. <sup>(11,12,13,14)</sup>

**b.2. El registro de las acciones,** tanto de atención de casos como de Promoción de la Convivencia Solidaria, se realizara en los instrumentos actuales del Sistema de Información de Salud, con la

adecuada utilización de la Décima Clasificación de enfermedades (CIE-10). Para ello se recurrirá a los registros diarios de consulta, a las boletas de egreso hospitalario y a los instrumentos de registro de las actividades de educación y promoción de la salud.

**b.3. La Investigación de los casos de sospecha de violencia intra familiar.** Tal como lo indica la ley 27 sobre Violencia Domestica el Ministerio de Salud debe notificar todo caso de sospecha al Instituto de Medicina Legal. Se ha propuesto un instrumento que cumple con los requisitos establecidos de notificación y que a su vez pretende convertirse en un instrumento de investigación de caso, ya que se tratara de llevar esta condición a una patología objeto de investigación obligatoria. <sup>(14)</sup>. (Ver formulario 1)

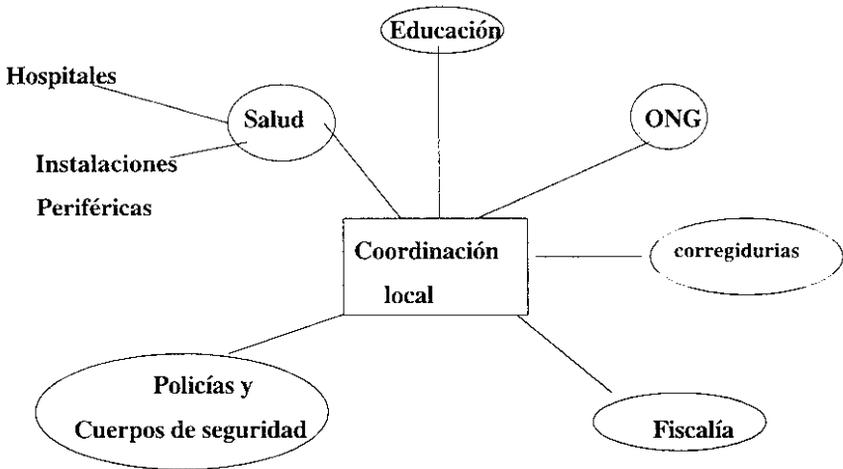
**b.4. Información sobre violencias de los Cuartos de Urgencias de los Hospitales.** Este sistema tiene como fuente el registro-expediente de la Consulta de Urgencias diseñada y en uso en el Hospital Santo Tomas. Este documento permite caracterizar la conducta de la sospecha de VIF según tipo de lesiones atendidas, (heridas por arma blanca, por arma de fuego, y las riñas y otras). No se incluyen las lesiones como quemaduras fracturas y otras causas externas no relacionadas directamente con violencias. Adicional es posible la obtención de los costos estimados de la hospitalización y procedimientos que se han realizado a las víctimas de la violencia y los costos que esta ha provocado. <sup>(15)</sup>. (Ver formulario 2)

La investigación de los casos debe ser organizada por niveles, asociada a eventos específicos de la VIF y que reflejan en alguna medida fallas del sistema, tales como secuestro, homicidio, suicidio, deben ser investigados por niveles regionales o centrales).

- C. Ministerio de Gobierno.** A través del Comité Nacional de Análisis de Estadísticas Criminales, (CONADEC), organismo creado mediante Decreto Ejecutivo 446 del 12 de noviembre de 1991 ante la necesidad de establecer una política criminal basada en datos estadísticos procesados oportunos y confiables y ante la necesidad de coordinar los esfuerzos de todas las instituciones que intervienen en la recolección de información sobre delitos. Algunos de los componentes se pueden articular en el Sistema de Vigilancia de la VIF ya que se basa en el Reporte de Incidente que debe llenar cada uno de los policías del país.<sup>(16,17)</sup>.
- D. Ministerio de Educación.** La existencia de la Oficina de Educación Preventiva Integral, que ejecuta acciones en las escuelas en el campo de la prevención al uso de drogas y la violencia escolar, se constituye en una fuente de información complementaria para el análisis de la situación a nivel local al aportar información bien por la metodología de las Escuelas Centinela, <sup>(18)</sup>, o por fuentes rutinarias del Sistema de Información Escolar, y ser de esa manera apoyo a la vigilancia de la VIF.
- E. Organizaciones No Gubernamentales y sociedad civil.** Estamos claros que mediante algunos de los registros de las ONGs se puede encontrar, además de las actividades que realizan, algunos datos sobre la situación de la comunidad. Estos son un conjunto de registros dispersos y aislados que pueden proveer información sobre la situación y los cambios; en todo caso hay que evaluarlos, ajustarlos, y mejorarlos pero sobre todo hay que sistematizarlos ya que tiene grandes limitaciones tales como subregistro, inoportunidad, escasa cobertura y poca credibilidad. <sup>(19)</sup>.

## ANÁLISIS A NIVEL LOCAL

Esta claro que la deconstrucción de la violencia solo se construye a partir de la familia.<sup>(4)</sup> Sin embargo, ello exige la participación de la sociedad en su conjunto. La existencia de entes coordinadores locales para el abordaje de la VIF en áreas geográfico poblacionales claramente definidas y bajo la responsabilidad de un institución de salud o de un grupo de trabajo del sector.



### *Organización del Sistema de Vigilancia de VIF a nivel Local.*

Este tipo de ente coordinador recibirá los aportes simultáneos de diferentes fuentes o actores del sistema e información, según sea el compromiso de las instituciones o personas involucradas y la capacidad de convocatoria de ellas, requiriéndose la participación activa y decisiva de todas las fuerzas vivas de un área geográfica delimitada.

Se trata de elaborar un consenso local sobre el problema de las VIF y su abordaje, sustentado en la transferencia de toma de decisiones

hacia los niveles locales, por lo que los métodos y técnicas de análisis deben dirigirse a la utilidad y aplicabilidad de las propuestas por medio de la programación local.

Para hacer mas útil la información en la toma de decisiones, se requiere su análisis sea mas de tipo situacional que estadístico para de esta forma establecer la geografía y cronología de las violencias y estructurar los perfiles epidemiológicos de las víctimas y victimarios, para generar acciones preventivas. (1,2,3,7,8).

## 15. ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### A. REGISTRO

El episodio de Violencia Intra familiar debe ser registrado en el formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intra familiar y Maltrato al Menor, por el funcionario (a) de salud que realizó la atención, según el nivel de atención y/o la instalación de que se trate (pública o privada)

### B. NOTIFICACIÓN

La notificación se realizará en el formulario descrito en registro, por la persona que realizó la atención. El original (hoja blanca) se envía al Instituto de medicina Legal, una copia (hoja verde) se deja en el expediente y la otra copia (hoja rosada) reposa en un archivo específico en la oficina de Registros Médicos y Estadísticas en la instalación donde se realizó la atención.

El equipo de VIF o su responsable, debe enviar una fotocopia del original a la Región de Salud correspondiente (Análisis de Situación y Tendencia de Salud) para su ingreso en la base de datos con periodicidad semanal.

Las Regiones de Salud remitirán al nivel nacional (Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud), cada mes el consolidado y base de datos de VIF.

Los casos atendidos en hospitales o policlínicas deben remitir fotocopia del original a la Región de Salud correspondiente.

En el nivel nacional se consolidarán los datos provenientes de otras instancias, instalaciones públicas o privadas, las cuales a su vez serán remitidas a los niveles regionales y locales para unificar y promover un análisis de situación más real. Periodicidad mensual.

### **C. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Se realiza a partir del momento en que se revisan los datos consignados en el formulario descrito por los equipos locales y regionales de VIF. El ingreso informatizado está a cargo del funcionario de estadística en la base de datos configurada para tal fin.

También se incluirán los datos provenientes de las notificaciones realizadas en otras instancias públicas y privadas.

Periodicidad: semanal o mensual.

### **D. ANÁLISIS**

Una vez que los datos han sido procesados correctamente, son sometidos a un proceso de comparación tomando en cuenta algunas características del incidente y de los(as) afectados(as). Además se incorporarán al análisis los datos provenientes de otras fuentes externas al sistema de salud. Este análisis debe ser realizado por el Equipo de VIF en los diferentes niveles.

Los productos del análisis contemplarán básicamente los siguientes aspectos:

- Variables Sociodemográficas.
- Indicadores Básicos.
- Características de la notificación con relación a las instalaciones que notifican.
- Perfil de la persona afectada por VIF y del (la) agresor (a).
- Identificación de posibles factores de riesgo.
- Caracterización de la Violencia Intrafamiliar.
- Calidad de los datos y llenado del formulario.
- Indicadores de costo de la atención.
- Mecanismos de la intersectorialidad.
- Otros indicadores.

No se descarta la posibilidad de ampliar este punto del análisis, ya que

dependerá de las características propias de cada región, instalación y/o equipos de VIF. Periodicidad: trimestral, semestral y/o anual.

#### **E. DIVULGACIÓN**

Toda la información resultante del análisis debe ser divulgada a fin de ser tomada en cuenta para el ajuste estrategias e intervenciones en los diferentes niveles. Los instrumentos utilizados para esto pueden ser: informes ejecutivos trimestrales, informes de supervisiones semestrales y los análisis de situación anuales. Otras publicaciones pueden ser: boletines epidemiológicos o específicos de VIF:

#### **F. EVALUACIÓN**

Debe ser realizada por el equipo de VIF en los diferentes niveles de atención y/o en las otras instalaciones del sector, publicas o privadas; utilizando los indicadores propuestos.

El resultado es un informe que retroalimenta a cada uno de los niveles e instancias del sistema.

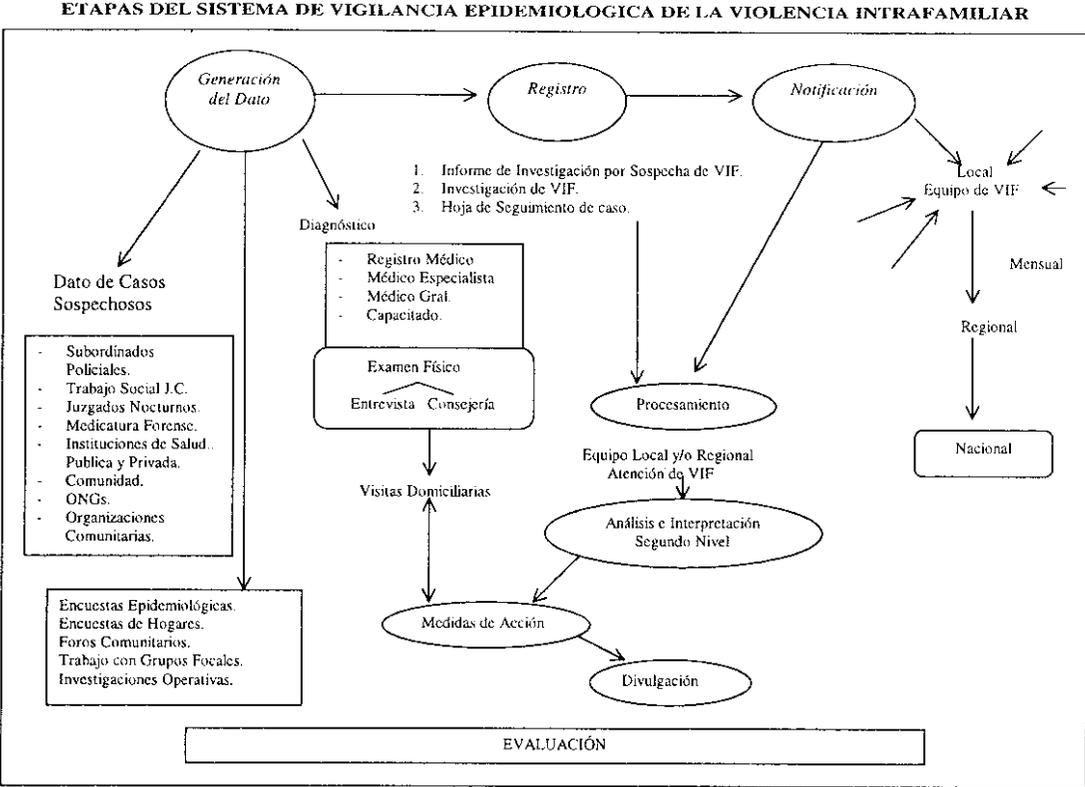
Periodicidad: anual.

## Esquema para la atención y seguimiento de casos de VIF en el sistema de salud

### CUADRO DE INDICADORES

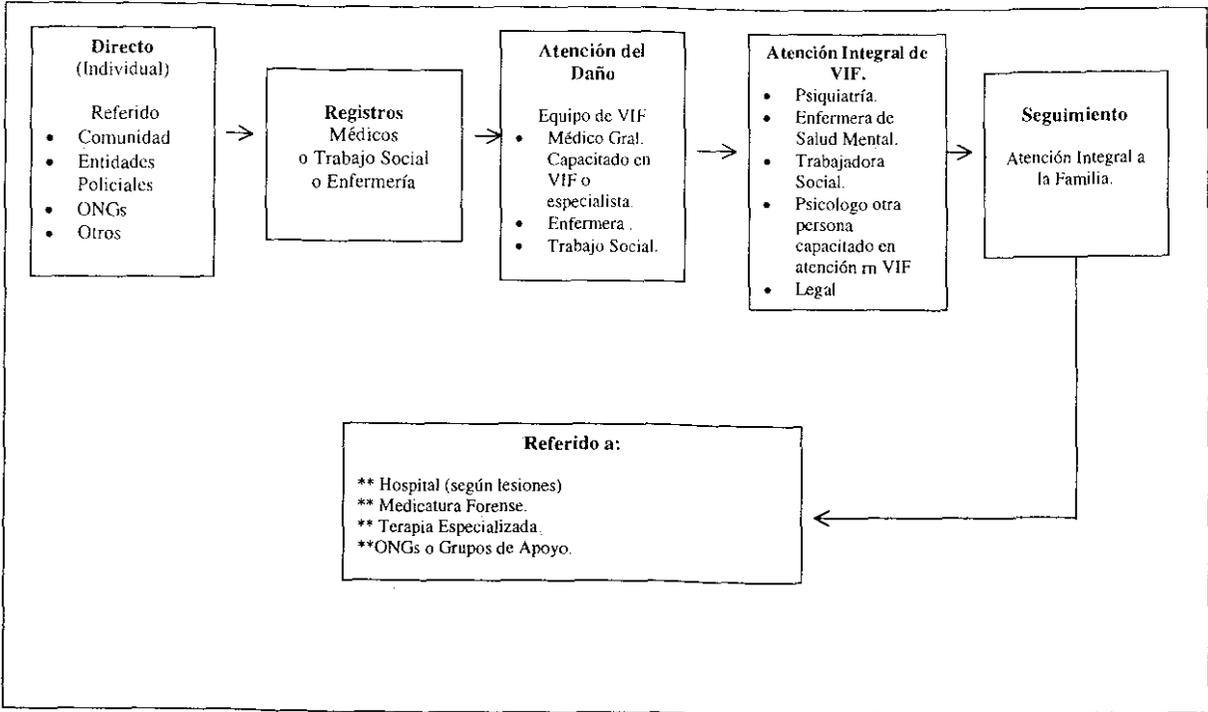
INDICADOR	ESTRUCTURA	TIPO	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Prevalencia de VIF	No. De casos de VIF Población Total del área	Resultado	Hoja de Registro Diario Informes de Sospecha
Incidencia de VIF	Casos Nuevos Población Total del área	Resultado	Hoja de Registro Diario Informes de Sospecha
Tasa de Moratalidad por VIF	No. De muertes relacionadas con VIF Población Total del año	Estructura	Estadísticas vitales
Años de Vida Potencial Pérdidos	Expectativa de vida - Edad de muerte X100	Resultado	Registros de mortalidad
Porcentaje de casos referidos	No. De casos referidos No. De casos detectados		Base de datos
Porcentaje de casos investigados	No. De casos investigados No. De casos notificados	Proceso	Base de datos
Porcentaje de utilización de la CIE-10	No. De casos con diagnóstico de CIE-10 Total de casos	Proceso	Hoja de Registro Diario
Porcentaje de reincidencia	No. De casos reincidentes Total de casos	Resultado	Informes de estadística
Porcentaje de Pérdida	No. De casos que no continuaron su seguimiento Total de casos	Resultado	Informes de estadística

ETAPAS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



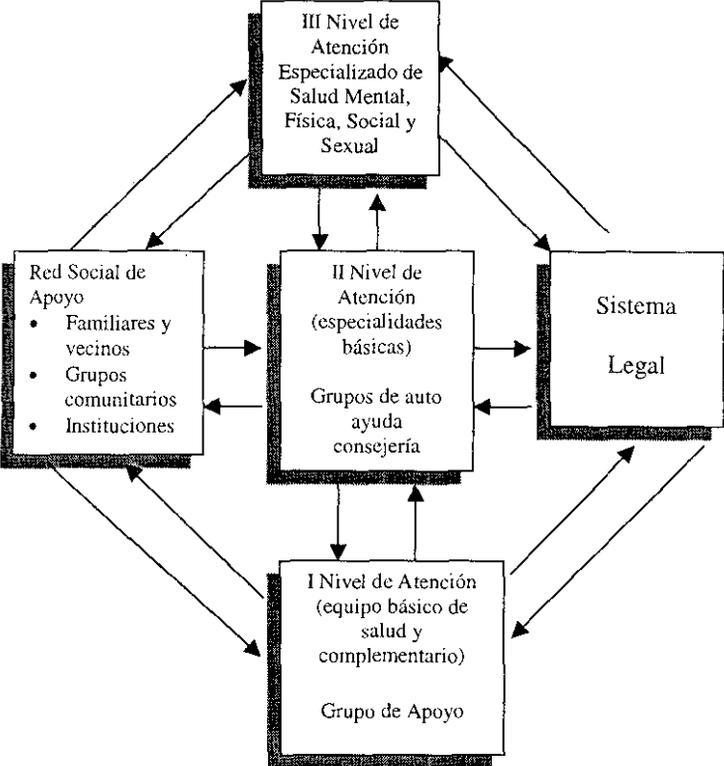
Modificado de Credidio, Mosca y Porcell, 1995. Sistema de Vigilancia de VIF. U de Panamá.

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**



Modificado Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIF. Credidio, Mosca y Porcell. 1995. U de Panamá

Esquema para la atención y seguimiento de casos de VIF en el sistema de salud





**II parte**  
**Instructivo Para La**  
**Utilización De La**  
**Historia Clínica Por**  
**Sospecha De VIF**

## **Historia Clínica por Sospecha de VIF**

### **Objetivo:**

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.

La Historia Clínica comprende los siguientes formularios:

1. Datos Generales
2. Antecedentes Personales y Familiares
3. Evaluación Médica
4. Evaluación del Estado Mental
5. Evaluación Social
6. Diagnóstico Integral

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

### **1. Datos Generales.**

Contiene la información general (datos generales) de la persona identificada como víctima o sobreviviente. También se registran aquellos datos de la víctima, si otra persona acompaña o brinda cualquier tipo de información

adicional sobre el caso. 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.

## **2. Antecedentes Personales y Familiares.**

### **Niñez**

Etapas del desarrollo	Trauma temprano
Primeros recuerdos	Desarrollo sexual
Temperamento en la niñez	Salida del hogar

### **Familia de origen**

Relación con los padres	Estabilidad del hogar
Relación con los hermanos	Método de disciplina

### **Historia institucional**

Educación	Problemas legales
Experiencia militar	Matrimonio
Empleo	

### **Medio social habitual**

Vivienda	Consumo de alcohol o drogas
Familia	Nivel económico
Ocupación	Aficiones
Amistades	Hábitos
Religión	

### **Otros**

Experiencias más agradable/desagradable	Temores
Persona más influyente en su vida	Objetivo

### 3. Historia del Maltrato

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 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(a) o matar a otra persona de la familia.
- El agresor(a) es posesivo(a) o celoso(a).
- 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 entrevistaste debe facilitar que la(él) 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 en otro lugar que no sea su casa.

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 al menor, y el lugar donde se envió.

#### **4. Evaluación Médica**

El objetivo de la evaluación médica es la identificación de las heridas, laceraciones u otras consecuencias físicas o biológicas del maltrato y se debe considerar:

- a. Observación de lesiones múltiples.
- b. Observación del patrón de lesiones en sus diferentes manifestaciones:
  - Mapa corporal de la lesión diferenciado en la cabeza, el tórax, las mamas y el abdomen.
  - Lesiones en las extremidades: manos, antebrazos, muslos, piernas y pies.
  - Observación de las lesiones en las mujeres embarazadas en mamas y abdomen y evaluación del daño fetal.
- c. Deben registrar la magnitud y gravedad de las lesiones según los criterios:
  - Fatales.
  - Graves (traumatismos craneoencefálicos, quemaduras severas y lesiones internas, fractura de huesos largos y costillas).
  - Moderadas (contusiones, traumatismo de la boca, quemaduras).
  - Leves.

### Criterios Médicos indicativos de posible maltrato:

- Muerte de un(a) 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, entre otros).
- Heridas por medidas correctivas que permanecen después de 48 horas.
- Adolescente embarazada por adulto.
- 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), infecciones 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 jamaqueo 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, y otras.
- 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 ésta 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 y sello y el cargo que desempeña.

## **5. Evaluación del Estado Mental**

La evaluación del estado mental persigue determinar 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 aseo	Temblores/tics/agitación

## **II. 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	

## **III. Estado de ánimo y afecto**

Depresión	Aplanamiento afectivo
Ansiedad	Labilidad afectiva
Euforia	Afecto inapropiado
Cólera/hostilidad	

## **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. Nivel de letalidad**

## **IX. 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(a) y/o psiquiatra o cualquier 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 y sello y el cargo que desempeña.

## **6. Evaluación Social**

**Por medio de la evaluación social se determina la composición y funcionalidad familiar.**

### **6.1. -EL CUADRO DE COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

Permite agrupar los datos generales de las personas que integran la familia (incluir los familiares/personas que guarden relación significativa con el afectado(a), que viva o no con la familia).

### **6.2. -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 marital, parental, fraterno, de varones, de mujeres. Cada subsistema se revisa en los subgrupos o según los puntos como:

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:

### **6.3. -PROBLEMAS DE LA FAMILIA:**

Alcoholismo, drogadicción, enfermedades, muerte, abusos previos.

### **6.4. -RELACIONES CON LA COMUNIDAD:**

- Especificar si existe aislamiento social por temor a la persona que agrede.
- Investigar sobre la participación comunitaria y actividades recreativas.

### **6.5. -SITUACIÓN ECONÓMICA:**

Distribución de bienes según género ver instructivo.

### **6.6. -SITUACIÓN DE LA VIVIENDA:**

Propietario, condiciones de la misma.

### **6.7. -SITUACIÓN ESCOLAR Y LABORAL:**

Nivel, acceso a participar de estas actividades, nivel de rendimiento.

### **6.8. -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 y sello y el cargo que desempeña.

## 7. -Diagnóstico Integral

El objetivo del diagnóstico Integral 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 influyendo 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 multi-axial 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).

Las personas que realicen la evaluación de cada área son responsables 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 II** Trastorno de la personalidad, retraso mental y otro trastorno del desarrollo.

**Eje III** Trastorno del estado físico.

**Eje IV** Problemas Psicosociales y ambientales.

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

El diagnóstico debe comprender:

**Eje I:** Diagnóstico de VIF donde se debe tipificar el abuso y maltrato, las consecuencias físicas y mentales e identificar a la persona ofensora.

**Eje II:** Se debe identificar si existe algún diagnóstico de trastorno de personalidad o en el desarrollo.

**Eje III:** Lista de diagnósticos de enfermedades médicas.

**Eje IV:** Se reportan factores, psicosociales y del ambiente precipitantes, condicionantes o que afectan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de VIF.

**Eje V:** Diagnóstico de la evaluación global del funcionamiento. La escala mide el funcionamiento psicológico, social, ocupacional/laboral o escolar. Este informe puede ser útil para determinar los criterios de hospitalización o determinar el nivel de complejidad en el tratamiento que requiere el caso (nivel I, II, III).

Se consigna la Violencia Intrafamiliar como el diagnóstico principal y contempla los siguientes aspectos:

1. La tipificación de la violencia intrafamiliar.

Negligencia T74.0

Abuso físico T74.1

Abuso sexual T74.2

Abuso psicológico T74.3

Otros T74.8

2. Los trastornos y estado físico como consecuencia de la VIF.

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

Traumatismo intracraneal SO6

Contusión SO6.0

Edema Cerebral Traumático DO6.1

Traumatismo cerebral difuso SO6.2

Traumatismo cerebral SO6.3

Hemorragia epidural SO6.4

Hemorragia traumática SO6.5

Hemorragia traumática subaracnoidea SO6.6

Traumatismo intracraneal con coma prolongado SO6.7

3. Los trastornos psiquiátricos como consecuencia de la VIF.

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

4. Los estresores precipitantes de la Violencia Intrafamiliar.

Ruptura marital.

Muerte de un familiar.

Problemas entre esposos o pareja.

## Eje II

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. (Ver anexo 3 pág. 127).

## Eje III

En el eje III sobre todo en niños(as) y adolescentes y adultos(as) mayores se diagnostica el grado de desnutrición y estado general de salud.

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

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 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 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 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 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 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 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 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 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 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).