

Protocolo de Intervención con Víctimas / Sobrevivientes de Violencia Doméstica

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Salud
2nda. Edición, noviembre 2004

Tabla de Contenido

	Pág.
Mensaje del Secretario de Salud	4
Agradecimiento	8
Introducción	9
Como Usar Este Manual	10
¿Qué es la Violencia Doméstica?	12
Modalidades de Maltrato	12
El Ciclo de la Violencia en la Relación de Pareja	13
Rueda de Poder y Control	13
Protocolo	14
Como Identificar una Mujer Maltratada	14
Indicadores Físicos más Comunes	14
Indicadores Conductuales	14
Indicadores de Violencia Doméstica en Menores	15
Guías para la Entrevista	16
Responsabilidades de los (las) Profesionales de la Salud	18
Curso de Acción a Seguir	19
Evaluación de Seguridad	20
Planificación relacionada con la Seguridad	21
Plan de Escape	22
Documentación: Informe Médico Hospitalario en Casos de Violencia Doméstica	27
Evidencia - en Casos de Agresión Sexual (conyugal)	30
Fotografías	30
La Evaluación Médica ante la Agresión durante el Embarazo	31
Manejo	32
Educación/Orientación	32
Referidos	33
Apéndices	34
Sinopsis de Leyes	35
Radar: Bosquejo de Intervención en Casos de Violencia Doméstica	38
Órdenes de Protección	39
Mitos y Realidades sobre la Violencia Doméstica	41
El Ciclo de la Violencia Doméstica	42
Para Salir de una Relación de Maltrato	43
Para Prevenir y Combatir la Violencia en la Relación de Pareja	43
Bosquejo de Intervención Médico Forense en Casos de Violencia Sexual.....	44
Consentimiento para Toma de Fotografías	45
Consentimiento para Evaluación y Toma de Evidencia	46
Hoja de Comentarios/Sugerencias	47
Modelo de Organigrama de Flujo de l@s Pacientes	48
Trabajando con Poblaciones con Necesidades Especiales	49
Estándares de la Comisión de Acreditación de Hospitales (JCAHO)	56

Ley “ADA”, Responsabilidades de los Proveedores de Salud bajo el Acta de Americanos con Impedimentos	59
Efectos de la Violencia contra las Mujeres en la Salud	60
Registro de Casos de Violencia Doméstica en Salas de Emergencia y otras Facilidades de Salud	61

Mensaje del Secretario de Salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como el bienestar total de la persona, como la integración de su salud física, mental, social y espiritual. Nuestra responsabilidad, como Departamento de Salud es promover un estilo de vida saludable y prevenir la violencia, que es uno de los indicadores del plan Gente Saludable 2010.

La violencia es un problema emocional, social y legal, pero también es un problema de salud pública.

La violencia doméstica en particular se refiere a un patrón de comportamiento en el cual la pareja o cónyuge utiliza la violencia física y/o sexual, la coacción, amenazas, intimidación, el aislamiento o el abuso emocional o económico para controlar a su pareja.

Desde que se aprobó la Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica (Ley 54 de 15 de agosto de 1989), se han informado anualmente entre 13,528 (1990) y 21,164 (2003) incidentes de violencia doméstica que han llamado la atención del sistema legal, para un promedio de 19,169 incidentes de violencia doméstica por año. Son las variantes de maltrato, maltrato mediante amenaza y maltrato agravado las más informadas. Aunque la agresión sexual no es de los tipos que se registra con mayor frecuencia, debe recordarse que son éstos los eventos más difíciles de informar por parte de la víctima. Si a esto se añade el hecho de que con frecuencia la violencia física conlleva también violencia emocional y sexual¹, se fortalece la impresión de subrepresentación.

El nivel de letalidad de los incidentes de violencia doméstica en Puerto Rico se destaca en el hecho de que para los asesinatos ocurridos en este contexto entre 1993 y 2003, la víctima fue una mujer entre el 77% al 95% de los casos. Para el 2003 la mayor parte de los asesinatos de mujeres (39%) se produjo por violencia doméstica.

Se considera un problema de salud pública por las consecuencias en la salud física y emocional de sus víctimas directas: las mujeres² así como de los menores producto de la relación de pareja. Entre los efectos de la violencia doméstica se citan heridas físicas, daño emocional y

¹ En Estados Unidos se estima que entre 33% y 50% de las víctimas de agresión física también son objeto de agresión sexual por parte de su compromiso (Mener, Seymour & Wallace, 2002).

² Cuando se comparan datos para las décadas del ochenta y noventa, el examen de distintos tipos de documentos comunica con claridad el hecho de que son las mujeres los principales objetos de la violencia doméstica y las parejas íntimas sus principales agresores, tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico. De acuerdo a Mener, Seymour y Wallace (2002), en Estados Unidos se estima que la violencia dirigida hacia la esposa totaliza el 43% de todos los incidentes de violencia en la familia informados a la policía en el 1998. Para el mismo año, un tercio de todas las mujeres asesinadas lo fueron por su compañero íntimo. Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres (NVAWS, por sus siglas en inglés) los mismos autores indican que la violencia contra las mujeres es predominantemente violencia por parte de su pareja íntima. "De las mujeres que informaron haber sido violadas y/o asaltadas físicamente desde la edad de 18 años, tres cuartas partes fueron victimizadas por su esposo actual o pasado, compañero consensual, novio o la persona con quien salía".

psicológico; con consecuencias como el abuso de sustancias, depresión, suicidio, ansiedad, trastornos de somatización, trastornos alimentarios y dolor crónico (American Academy of Family Physicians, 2003).

Las consecuencias físicas de la violencia doméstica incluyen la muerte y heridas relacionadas con los golpes, como laceraciones, quemaduras, mordidas, fracturas, de acuerdo a la revisión de literatura de Stewart y Robinson (1998). Además de traumas, la violencia doméstica se asocia con otras condiciones crónicas de salud física como trastornos gastrointestinales, trastornos musculoesqueléticos, quejas ginecológicas (ej. dolor pélvico); síntomas de fatiga, migrañas y otros tipos de dolores de cabeza; aumento en embarazos, bajo peso de bebés al momento del nacimiento, tasas más altas de infecciones sexualmente transmitidas (incluyendo VIH), de acuerdo a la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés, 1992), Tacket, Nurse, Smith, Watson, Shakespeare, Louis, Cosgrove, Mulley y Feder (2003), Eyler y Cohen (1999) así como las revisiones de literatura de Dieneman, Boyle, Baker, Resnick, Wiederhorn y Campbell (2000); Stewart y Robinson (1998); Hensig y Alexanderson (2000); Mouton, Rovi, Furniss y Lasser (1999). A lo anterior puede añadirse que la violencia doméstica tiene efecto sobre otras condiciones crónicas de salud (como hipertensión, úlceras pépticas, diabetes, asma) exacerbando síntomas y haciendo más difícil la estabilización del/la paciente.

A las consecuencias en la salud, se añaden los costos relacionados con la atención médica directa de las consecuencias asociadas con la violencia doméstica. En general, las víctimas de violencia doméstica hacen más uso de los servicios de salud (Eyler & Cohen, 1999); Stewart & Robinson, 1998). Se estima que entre el 22% y el 35% de las visitas a salas de emergencia están relacionadas con la violencia doméstica (AMA, 1992). De igual forma, se estima que el 53% de las víctimas hacen visitas repetidas (seis o más) a facilidades médicas por heridas relacionadas con traumas físicos (Mener, Seymour & Wallace, 2002).

Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres (NVAWS, por sus siglas en inglés) para el 1995, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) estimó que 31% de las mujeres que fueron sexualmente agredidas en su relación más reciente y 28.1% de las que fueron agredidas físicamente recibieron algún tipo de cuidado médico. Mouton y otros (1999) citan fuentes que estiman que los costos médicos directos asociados con la violencia doméstica añaden 5.3 billones de dólares a los gastos anuales de cuidado de la salud en Estados Unidos. El CDC estima en aproximadamente 4.1 billones de dólares los costos totales de atención médica directa para incidentes de violencia relacionados con la pareja íntima³. Dentro de los costos directos de cuidado de la salud se incluyeron visitas a salas de emergencia y a clínicas ambulatorias; períodos de hospitalización, visitas a médicos y dentistas; servicios paramédicos y de ambulancia, sesiones de terapia física.

Si se toma en cuenta que muchos síntomas pueden ser la consecuencia de aprender a vivir con la violencia repetida y que la víctima muchas veces no revela en su primera visita y de manera directa el historial de abuso, puede sospecharse que muchas condiciones relacionadas con la violencia doméstica no son adecuadamente identificadas y por lo tanto, no se estaría

³ Dentro de los incidentes de violencia relacionados con la pareja íntima, el CDC incluye agresiones físicas, violaciones sexuales y actos repetidos de hostigamiento e intimidación.

documentando el costo de la atención médica de éstas. A su vez, la falta de procedimientos de cernimiento adecuado o de adiestramiento, puede traducirse en costos más elevados de cuidado de la salud, como sugiere el estudio piloto de Varjavand, Cohen y Novack (2002).

La violencia es un fenómeno multifactorial; tanto sus causas como las respuestas ante ella deben ubicarse a varios niveles (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). No existe sustituto para el trabajo preventivo primario. La comunidad debe dar una respuesta fuerte y vigorosa ante los incidentes relacionados con la violencia doméstica. No obstante, una vez se registran incidentes relacionados con ésta, es responsabilidad de los/las profesionales de la salud atender de manera rápida y efectiva sus consecuencias a corto y mediano término. La pronta intervención evita el deterioro y la estabilización de formas poco saludables de manejar la violencia y sus consecuencias. A manera de ejemplo, los servicios de consejería pueden estar dirigidos a evaluar conjuntamente con la sobreviviente los riesgos a su seguridad, evaluar los recursos disponibles en la comunidad y los factores que le impiden su acceso; fortalecer sus destrezas de toma de decisiones para que pueda asumir aquellas que contribuyan a su integridad emocional y física. Desde este punto de vista, la inversión en servicios de salud mental puede concebirse como parte de la respuesta vigorosa y coordinada de la comunidad para atender la situación.

El ser humano es un ser social y los actos violentos impiden el desarrollo óptimo de las personas y de las relaciones interpersonales saludables. La violencia doméstica no sólo afecta a la persona, sino también a la comunidad. Una persona agredida se afecta de diversas formas, como pueden ser su salud física, emocional y su sentido de seguridad, entre otros. El impacto de la agresión afecta también a personas allegadas a la/el sobreviviente. Desde la década del 70 organizaciones comunitarias y grupos de mujeres en contra de la agresión sexual y la violencia doméstica han hecho sentir sus voces para que las víctimas puedan ser atendidas y recibir ayuda. En el 1973 se crea el primer centro de intervención en crisis en California para mujeres maltratadas. En Puerto Rico en el 1976 se crea el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación como un programa del Departamento de Salud debido a la identificación de la necesidad de servicios de salud para esta población.

Ante esto, el Departamento de Salud lleva a cabo su obligación ministerial de trabajar para fomentar servicios atemperados a las necesidades de personas sobrevivientes de violencia sexual y doméstica sin importar su edad, sexo, creencia religiosa, ni clase social.

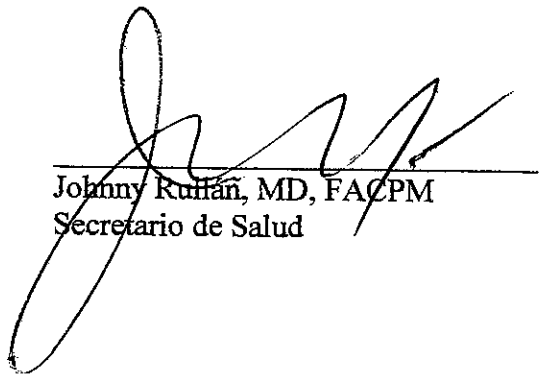
Nuestros esfuerzos van dirigidos a desarrollar, fomentar y proteger la salud integral del individuo y de la familia. Para lograr este propósito contamos con la colaboración estrecha de toda la comunidad y de organizaciones y profesionales que trabajan para prevenir y aliviar el impacto de la violencia doméstica. El Equipo Interagencial que coordina el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación cuenta con 64 integrantes. Está compuesto por organizaciones, agencias e instituciones que trabajan para identificar las dificultades y las estrategias para la intervención con las víctimas/sobrevivientes de agresiones sexuales. Esta revisión del Protocolo contó con la retrocomunicación de los integrantes del Equipo Interagencial y de las víctimas /sobrevivientes.

El Departamento de Salud crea el **Protocolo de Intervención con Sobrevivientes de Violencia Doméstica** como una guía educativa que oriente a profesionales de la salud, administradores/as y directores/as médicos (as) sobre los estándares en los pasos a seguir en la

intervención con las víctimas en las facilidades de salud. Abarca todas las dimensiones en que es impactada la víctima, el aspecto psico-social, el forense y el legal en las facilidades de salud. Este Protocolo incluye los procedimientos a seguir, formularios necesarios y legislación entre otros. El Protocolo es una herramienta útil en el adiestramiento a profesionales y también en los procesos de intercesoría por los derechos de las víctimas en las salas de emergencia. Por otro lado el Departamento de Salud ha creado y distribuido las Guías para el manejo de sobrevivientes de violencia doméstica. Las mismas facilitan el rápido acceso a información básica sobre pasos a seguir en la intervención con las víctimas. Este protocolo complementa dichas guías y será revisado periódicamente, por lo que se les exhorta hacer llegar sus comentarios al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación y tomar parte activa en su revisión.

El Departamento de Salud establece que este Protocolo y las Guías de Manejo constituyen la política pública para la prevención e intervención con las personas víctimas / sobrevivientes de violencia doméstica en las salas de emergencia de los hospitales públicos y privados. El cumplimiento con las mismas garantizará que se responda a los derechos de las víctimas y se mantenga un servicio de óptima calidad acorde con las exigencias de los organismos de licenciamiento y de control en la calidad del servicio, lo cual constituye nuestro deber ministerial.

30/11/2004
Fecha


Johnny Ruffán, MD, FACPM
Secretario de Salud

Agradecimiento

La segunda edición del Protocolo es el resultado del esfuerzo de colaboración interdisciplinaria e interagencial y de la aportación de compañeras y compañeros a quienes le queremos agradecer:

En primer término a las sobrevivientes de violencia doméstica por compartir sus experiencias relacionadas con la agresión, con los servicios de ayuda y al impacto de los servicios sobre su bienestar.

Al personal del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) quienes a través de los años, han aportado su compromiso, dedicación y capacidades para la recuperación de las víctimas y la prevención de violencia sexual en nuestras comunidades.

Agradecemos también, a las personas integrantes del Equipo Interagencial CAVV Isla, de los cuales se ha obtenido el insumo de sus recomendaciones para la actualización del protocolo, para agilizar y fortalecer los mismos, estos son: Hospitales del Departamento de Salud y Hospitales Privados, Siquiatría, Hospital Municipal de San Juan, Veteranos, el Instituto de Ciencias Forenses, Oficina de la Procuradora de las Mujeres, las Unidades de Delitos Sexuales de la Policía de Puerto Rico, Departamento de Justicia (Unidades Especializadas de Fiscalía en Delitos Sexuales, Violencia Doméstica y Maltrato de Menores y Programa de Asistencia a Víctimas del Crimen), Coordinadora de la Paz para la Mujer, División de Madres, Niños y Adolescentes, Programa de Retardación Mental, ASES, el Departamento de Educación, Departamento de la Familia y los Centros de Ayuda a Víctimas de Violación a nivel regional en Caguas, Arecibo, Mayagüez, Ponce y Fajardo. El Equipo Interagencial participó además de varios talleres de discusión para aportar a esta segunda edición del Protocolo, desde sus distintas especialidades, contextos de trabajo y experiencias.

Al Dr. Pedro Ramos Hiraldo, Secretario Auxiliar Interino para la Prevención y Control de Enfermedades y su equipo de trabajo, por su apoyo, por su gestión y colaboración con los trabajos del CAVV; a la Dra. Aida Gregory, por su colaboración para la agilización de los servicios y la búsqueda de alternativas en bienestar de las víctimas sobrevivientes; y al Dr. Johnny Rullán, Secretario del Departamento de Salud, por su apoyo a los trabajos realizados en bienestar de las personas sobrevivientes de agresión sexual y violencia doméstica.


Dra. María Rebecca Ward, PsyD.
Directora CAVV

I INTRODUCCIÓN

Ignorar o minimizar los reclamos de Justicia que hacen las personas víctimas de violencia doméstica contribuye al proceso de desvalorización de la dignidad humana. Los/las representantes del orden público, los encargados de administrar la justicia, los profesionales de la salud y la comunidad en general, tenemos en cada situación el deber y la oportunidad de contribuir a la reconstrucción y fortalecimiento de la vida, teniendo la integridad y la equidad como principios fundamentales.

Las raíces de maltrato en la relación de pareja se encuentran en la misma historia de la humanidad, en la tradición, de la cultura. A pesar de que la violencia dentro de la familia no es un fenómeno nuevo, no es hasta la década del '70 que comienza su discusión pública. Para el 1971 se organiza en Londres el primer hogar albergue para mujeres maltratadas.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce, mediante la ley Número 54 de 1989 para la Prevención e Intervención con Violencia Doméstica y otras, el valor y el derecho supremo a la vida. Además se compromete a dar énfasis y atención a situaciones de violencia doméstica para evitar la muerte de personas y proteger la salud física, emocional y sexual de sus sobrevivientes. Esto representa ver el derecho como instrumento de cambio social y de protección de la salud.

La Ley 54 fue el resultado de los esfuerzos de mujeres y hombres preocupados por la alta incidencia de situaciones de violencia doméstica observadas en nuestro país. La misma trajo un intenso debate legislativo y público. Se entiende que aunque la violencia doméstica puede afectar a hombres y mujeres, las estadísticas indican que es mayormente un problema de violencia contra la mujer. La ley no favorece un género particular pero sí defiende el derecho a no ser agredida(o), en una relación de pareja. Esta ley representa un cambio fundamental para nuestra sociedad estableciendo remedios civiles y criminales. Al reconocer las conductas de violencia física y psicológicas como delitos graves, la sociedad no solo ratifica su repudio ante este comportamiento sino que envía un claro mensaje sobre el valor social de la integridad y la dignidad de la persona en sus relaciones. Por último, ordena a un organismo gubernamental específico como es la Comisión de Asuntos de la Mujer, hoy en día Oficina de la Procuradora de las Mujeres, a que oriente y eduque a la comunidad sobre los alcances de esta ley.

El mensaje es claro y firme, la violencia doméstica constituye una actividad criminal que

no será tolerada. Las personas víctimas recibirán protección y las personas que agreden tendrán que asumir responsabilidad por sus actos. La agresión de una persona contra otra pone en riesgo: (1) la seguridad, (2) integridad física y emocional, y (3) hasta la vida de un ser humano y de las personas de apoyo.

La Violencia Doméstica es un comportamiento antisocial que constituye un serio problema para la familia y, por lo tanto, para la sociedad puertorriqueña. Se trata de violencia entre personas que participan o participaron de una relación de pareja donde se ha violentado la confianza y la integridad personal.

Como Usar Este Manual

Este protocolo tiene el propósito principal de proveer un modelo que facilite la organización de iniciativas y esfuerzos de las/los profesionales de la salud para atender algunas de las consecuencias de la violencia doméstica. Entre los objetivos específicos que persigue, están:

1. Facilitar la detección e intervención temprana con sobrevivientes de violencia doméstica.
2. Minimizar el impacto de la violencia doméstica en personas sobrevivientes.
3. Compartir guías con los proveedores de servicios de salud y profesiones aliadas para la evaluación e intervención con sobrevivientes de violencia doméstica.
4. Contribuir a la prevención de la violencia doméstica.
5. Educar al personal que podría intervenir directamente con personas sobrevivientes sobre la naturaleza e indicadores de violencia doméstica, entre otros temas.

El Protocolo se dirige a proveedores de servicios de salud y profesiones aliadas que intervienen directamente con sobrevivientes de violencia doméstica y que laboran en facilidades públicas o privadas que provean servicios de salud. Se recomienda su utilización en facilidades involucradas en el cuidado primario, departamentos o salas de emergencias y urgencias, clínicas de planificación familiar, unidades de cuidado obstétrico/ ginecológico, escenarios de salud mental, unidades de hospitalización (se incluye hospitalización parcial). Naturalmente, las

recomendaciones provistas deberán atemperarse a las necesidades y características particulares de los distintos escenarios de provisión de servicios de salud.

Este protocolo además va dirigido a la intervención con las víctimas de violencia doméstica, a la atención médica-legal necesaria y a la prevención de re-victimización. Las salas de emergencia de los hospitales deben prestar servicios efectivos a las víctimas. El personal debe tener sensibilidad, conocer las dinámicas de la violencia doméstica; el síndrome de la mujer maltratada, y los recursos disponibles en la comunidad para las víctimas. Es importante proveer información sobre violencia doméstica a todas(os) las(os) personas. Se puede tener la misma en la sala de espera, en los cuartos en que se llevan a cabo exámenes y en los baños.

II ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

La violencia doméstica viola los derechos humanos de sus víctimas, tales como: la libertad, la dignidad, las oportunidades de desarrollo, la salud y la paz. Estos se ven limitados por la fuerza física, la coerción y la intimidación que ejerce la parte agresora⁴. La violencia doméstica es un serio problema de salud en nuestra comunidad, además de ser considerado un delito grave. Treinta por ciento (30%) de las mujeres que visita las salas de emergencias es víctima de violencia doméstica. La agresión física es la razón más común para las víctimas que acuden a los hospitales. Anualmente se radican en promedio cerca de 19,169 querellas de violencia doméstica y 2,368 órdenes de protección en Puerto Rico (Policía de Puerto Rico, año 2004). Muchas de las veces si la mujer (madre) es víctima de abuso físico, los niños y niñas también lo son. Las mujeres están en alto riesgo de sufrir heridas muy graves en los incidentes de violencia en sus hogares, incluso muchas son asesinadas. El maltrato físico, la violencia psicológica, las amenazas, la restricción de la libertad y las agresiones sexuales contra la pareja son algunas de las manifestaciones de la violencia doméstica. Puede ocurrir contra la novia (o), esposa (o), ex esposa (o) o contra alguien con quien se hayan procreado hijos (as), o la persona con quien se haya convivido.

a. Modalidades de Maltrato

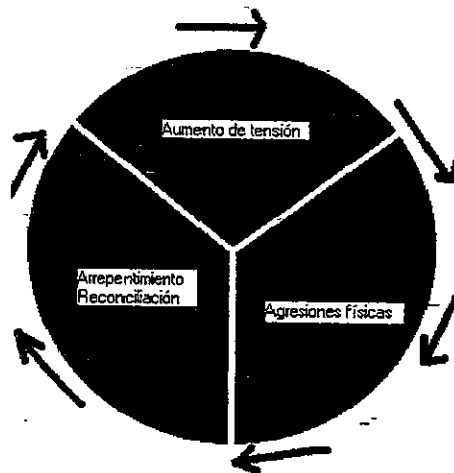
Maltrato Físico- Hacer uso de la fuerza física para causar daño a la pareja o para obligarla a realizar algún acto que ésta no desea. Incluye golpes, patadas, puños, empujones, mordiscos, fracturas, heridas, mutilaciones etc. En algunas circunstancias que agravan las situaciones se utilizan armas como cuchillos, machetes, bates y armas de fuego.

Maltrato Psicológico- Desvalorizar y ridiculizar a la pareja haciéndola sentir mal con ella misma y empobreciendo su autoestima. Utilizar la violencia, la restricción de la libertad o la intimidación contra la pareja para controlar lo que ésta hace, con quién se relaciona o adónde va. Prohibirle u obstaculizar sus planes de estudio o trabajo y amenazarla, así como, utilizar otras estrategias para ejercer poder y control sobre ella.

Maltrato Sexual- Utilizar la violencia en los acercamientos sexuales y tratar a la pareja como objeto sexual. Exigir relaciones sin el consentimiento ni deseo de la pareja. Obligar a la pareja a prácticas sexuales no deseadas o agredirla en sus partes sexuales.

⁴ Oficina de la Procuradora de las Mujeres La Violencia Doméstica nos afecta a Tod@s.

b. El Ciclo de la Violencia en la Relación de Pareja



La violencia doméstica es un patrón de comportamiento que ocurre en ciclos, primero aumenta la tensión en la pareja, ocurre el incidente violento, el agresor se justifica hasta que vuelve a acumularse la tensión.

c. Rueda de poder y rol

Intimidación: atemoriza la mujer por medio de gestos, alzándole la voz, arrojándole cosas, destruye su propiedad.

Utilización de los hij@s: hacerla sentir culpable, utilizar a los hij@s para llevarle mensajes, utiliza las visitas a los hij@s como una manera de hostigarla.

Aislamiento: controla lo que ella hace con quién se relaciona y a dónde va. La aísla de todo posible recurso de apoyo como familiares y amig@s.

**PODER
Y
CONTROL**

Abuso Sexual: le pide a la mujer que lleve a cabo actos sexuales sin el consentimiento de ella. La agrede en sus partes sexuales. La trata como un objeto sexual.

Abuso Emocional: ridiculiza a la mujer y la hace sentir mal con ella misma, la hace pensar que está loca. Juegos mentales o psicológicos.

Privilegio de ser hombre: trata a la mujer como su empleada y toma todas las decisiones importantes.

Amenazas: utiliza amenazas que hacen sentir a la mujer emocionalmente heridas, la amenaza con quitarle a los hij@s y ofrecer información negativa a las agencias sociales. Amenaza con suicidarse.

Abuso Económico: trata de evitar que la mujer consiga trabajo o mantenga el que tiene, hace que la mujer le pida dinero, le asigna mesada, se queda con el dinero que ella devenga.

III PROTOCOLO

1. COMO IDENTIFICAR UNA MUJER MALTRATADA

a. Indicadores físicos más comunes:

- ❑ La persona niega ser víctima de abuso físico pero presenta en brazos y cuello, marcas, laceraciones, quemaduras, cicatrices, fracturas de mandíbula, heridas en diferentes estados de curación.
- ❑ Las heridas más comunes en casos de agresión en violencia doméstica están en áreas típicamente cubiertas con la ropa o el pelo (cara, cabeza, senos, abdomen, y genitales) y/o áreas de posición de defensa. Las heridas causadas por accidentes usualmente envuelven extremidades. Sin embargo, cuando ocurren incidentes de violencia doméstica envuelve ambas extremidades y tronco.
- ❑ Heridas que no concuerdan con la explicación ofrecida por la persona.
- ❑ El embarazo es un factor de alto riesgo. La violencia comienza muchas veces con el primer embarazo, se pueden observar heridas en los senos y abdomen.
- ❑ Evidencia de agresión sexual por su pareja. (Ver protocolo sobre agresión sexual).

b. Indicadores conductuales:

- ❑ Asiste acompañado(a) por su esposa (o) o compañero(a) quien insiste en estar cerca de ella/él y trata de contestar todas las preguntas que estén dirigidas a ella/él. Ella/él no se atreve a contestar, titubea.
- ❑ Adopta una actitud sumisa frente a su pareja, busca constantemente la mirada del/la agresor(a) con temor de contestar equivocadamente.
- ❑ Presenta ambivalencia o temor de regresar al hogar y por su seguridad y la de los (as) niños(as).
- ❑ Tarda un tiempo significativo en buscar la asistencia médica necesaria (la persona pudo ser privado/a de buscar atención médica temprana o tuvo que esperar a que el agresor no se encontrara en el hogar.)
- ❑ Describe el alegado accidente de manera evasiva(o), sin mirar a la persona que la/lo entrevista.
- ❑ La persona manifiesta síntomas psicossomáticos como ataques de pánico, ansiedad, sensación de ahogo o depresión.
- ❑ Quejas agudas de dolores crónicos (cabeza, abdomen, espalda, pelvis) y sin signo físico, usualmente significan terror de inminente o reciente abuso físico.
- ❑ Historial de abuso de alcohol o drogas, problemas de la salud mental (historial de ideas o intentos suicidas), desorden de alimentación y auto agresión, tanto en la persona sobreviviente como en la agresora.
- ❑ Uso repetitivo de asistencia médica, consultas múltiples incluyendo

trabajo social y psicología documentado en los historiales médicos del expediente.

- ❑ La persona admite haber sido víctima de abuso físico o emocional, pero en el pasado, o haber sido testigo en el presente.

c. Indicadores de Violencia Doméstica en Menores

La violencia doméstica tiene efectos en los menores, ya sean víctimas directas de ésta u observadores de la relación de abuso (víctima secundaria). Los niños que presencian violencia en el hogar y aquellos que son objeto directo de abuso pueden exhibir efectos psicológicos semejantes: Por ejemplo:

- ❑ Están en mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión y de incurrir en conductas como pelear, abusar de otros o mentir;
- ❑ Son más desobedientes en el hogar y en la escuela, es más posible que presenten un pobre desempeño escolar y dificultades en las relaciones interpersonales con otros (Stiles, 2002).

Ser testigos de violencia doméstica puede representar para los infantes la disrupción en el establecimiento del vínculo emocional de apego, problemas de alimentación, el establecimiento de pobres hábitos de sueño y riesgo mayor de heridas físicas.

- ❑ **Los niños en edad preescolar** típicamente carecen de la habilidad para expresar verbalmente sus sentimientos; de ahí que las manifestaciones de emociones pueden ser conductuales. Entre algunos de los efectos potenciales de la violencia doméstica en niños de edad pre-escolar se mencionan quejas somáticas (como dolores de cabeza u abdominales), conductas regresivas (enuresis, chuparse el dedo), trastornos en los patrones de sueño y alimentación, mayor ansiedad ante los extraños, aislamiento y problemas de concentración; pueden tener pensamientos de haber hecho algo malo o incorrecto, lo que puede resultar en sentimientos de preocupación, culpa por la situación y ansiedad (Volpe y Stiles, 2002).
- ❑ **Los niños en edad escolar** pueden presentar también quejas somáticas, trastornos en los patrones de sueño y alimentación, conductas regresivas, pensamientos en los que se culpan por la situación. Es más posible que vivencien culpa y vergüenza acerca del abuso. Observar la violencia puede minar su auto-concepto, su sentido de autoestima y su confianza en el futuro. Pueden presentar pobre desempeño escolar, mostrar menor interés en actividades sociales (aislamiento o evitación de relaciones con pares); irritabilidad, conducta oposicional o desafiante en el escenario escolar, peleas frecuentes, trato abusivo o cruel a mascotas, amenazas de violencia a pares o familiares.

- **Los adolescentes** que presencian violencia doméstica están en mayor riesgo de incurrir en fracasos académicos, abandonar la escuela; pueden incurrir en abuso de sustancias, actividad sexual temprana, problemas de conducta, entre otros (Stiles, 2002, Volpe, 1996).

El modelaje de violencia puede producir patrones aprendidos y la reproducción de roles de víctimas o victimarios en el futuro en los menores expuestos a ella por períodos prolongados de tiempo.

2. GUÍAS PARA LA ENTREVISTA ANTE LA SOSPECHA DE UNA SITUACIÓN DOMÉSTICA

a. Proveer un Ambiente Privado, Seguro y Confidencial

- Toda(o) persona debe ser entrevistada en un ambiente privado y tranquilo que asegure confidencialidad.
- El equipo de trabajo del/la entrevistador (a) debe solicitar al acompañante que sea esposo/a, amigo/a , o familiar, mantenerse fuera del área antes mencionada durante todo el examen y conversaciones con la persona.
- Debe buscarse la forma de entrevistar a la/el persona a solas, sobre todo en casos de sospecha y de historial inconsistentes con hallazgos físicos.
- La forma en la que se entrevista es de vital importancia. Los acercamientos deben ser directos, empáticos y no enjuiciadores. Se recomienda escuchar sin juzgar y validar la experiencia de la persona. Esto tiene dos propósitos: comienza el proceso de recuperación del/la sobreviviente y le provee al personal médico información sobre sus necesidades.
- Como profesional de la salud, la prioridad es el bienestar de la persona y no pasar juicios sobre sus actos ni sobre sus razones. La persona viene luchando por su vida, probablemente con desconfianza hacia los profesionales de ayuda, con necesidades particulares; **separarse de un agresor no es un acto, sino un proceso.**
- El personal clínico puede validar su experiencia y comunicar apoyo:
 - a) **Expresando interés por la seguridad de la persona.**
 - b) **Asegurándole a la persona que no está sola, que existen otros capaces y dispuestos a ayudar; que están disponibles mecanismos de ayuda y personas con las cuales hablar para recibir apoyo.**
 - c) **Indicándole a la persona que ella no es culpable por la violencia a la que ha sido sometida y que sólo el agresor puede detener el comportamiento abusivo.**

- d) Estableciendo que nadie merece el abuso y que no hay excusa para la violencia.
- Se debe informar a la persona atendida de la naturaleza confidencial de la información a recopilar, así como de los límites de la confidencialidad (se incluyen los límites en confidencialidad de expedientes médicos).
- Toda la información recopilada debe estar cuidadosamente documentada en el expediente médico.

Cómo hacer preguntas sobre el maltrato

- Haga preguntas directas en forma empática que no resulten amenazantes para la persona. El primer paso para el tratamiento apropiado es preguntar e identificar a la persona como sobreviviente de violencia doméstica lo antes posible.
- Se recomienda que se eviten los términos “maltratada” o “abusada” en los acercamientos a la persona sobreviviente.

Ejemplos de maneras para enmarcar el cernimiento:

- “Considerando que la violencia es tan común en las vidas de las personas, he comenzado a preguntar a todos/ as mis pacientes acerca de esto.” ¿Estas ahora o has estado antes en una relación en la que tu pareja te ha amenazado, atacado físicamente o atemorizado?
- “Me preocupa que tus síntomas hayan sido causados por alguien que haya querido lastimarte.”
- “No sé si esto sea un problema para ti, pero muchas de las mujeres que atiendo están viviendo en relaciones violentas. Algunas están tan temerosas o incómodas con la situación que no hablan sobre lo que les sucede, de manera que he comenzado a preguntar rutinariamente sobre esto.”

Preguntas directas

- ¿Alguien te causó estas heridas? ¿Fue tu pareja/ compañero (a)/ esposo(a)?
- ¿Te ha golpeado o herido físicamente tu pareja o ex pareja?. ¿Alguna vez te ha amenazado o amenazado con herir a alguien cercano a ti?
- ¿Te sientes aislada o controlada por tu pareja?
- ¿Le temes a tu pareja? ¿Alguna vez te ha hecho daño? ¿Sientes que estas en peligro? Es seguro para ti regresar a casa?
- ¿Te está haciendo sentir insegura actualmente alguien que anteriormente fue tu pareja?
- ¿Te ha forzado/ obligado tu pareja a sostener relaciones sexuales /íntimas cuando no quería hacerlo?
- ¿Alguna vez tu pareja te ha golpeado, pateado, abofeteado, empujado o humillado?

- ¿Alguna vez tu pareja te ha golpeado, pateado, abofeteado, empujado o humillado mientras has estado embarazada?
- ¿Alguna vez tu pareja te ha obligado, amenazado o presionado a tener relaciones íntimas o involucrarte en actos sexuales en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?
- ¿Por qué tienes varios moretones, ¿Cómo surgieron?
- ¿Cómo son las discusiones en tu casa? ¿Qué pasa cuando tú y tu pareja discuten? ¿Cómo se resuelven?
- ¿Los argumentos se han convertido en peleas que han llegado a contacto físico?
- En tu relación de pareja, ¿has enfrentado ocasiones donde han peleado y han terminado en agresiones físicas?
- Menciona que tu compañero(a) pierde la paciencia con los niños/as. ¿A qué te refieres cuando dices “Pierde la paciencia”? Y en lo referente a ti, ¿Cómo es él(ella) contigo?
- ¿Has estado en una relación en la que te han agredido físicamente o te han hecho daño de algún modo? ¿En estos momentos, estás pasando por esta situación?
- Mencionaste que tu pareja usa drogas/ alcohol. ¿Cómo actúa cuando está bajo los efectos?
- ¿Tienes participación activa en la toma de decisiones en tu hogar?
- Algunas personas manifiestan que cuando las personas son celosas y sobre protectoras reaccionan agresivas y utilizan la fuerza física. En estos momentos ¿estás tú pasando por esta experiencia?
- Si la persona niega violencia doméstica y el personal clínico sospecha abuso:
 - Preguntar ¿Si usted estuviera en una situación de violencia doméstica sabría qué hacer?
 - Aprovechar y hablarle de cómo preparar un **plan de escape** (Ver Plan de Escape pag. 19) y brindarle teléfonos de ayuda en su comunidad, el de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres (722-2977, 1-800-981-9676), y el de la Línea de Emergencia del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Departamento de Salud (765-2285, 1-800-981-5721).

3. RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE VIENEN EN CONTACTO CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

- El personal de enfermería realizará el cernimiento rutinario así como la evaluación inmediata de seguridad, al igual que la recopilación de información y documentación.
- Podría involucrarse en intervenciones de apoyo y educación, de acuerdo a su conocimiento, adiestramiento y disposición.
- Podrá generar llamadas a personas identificadas por la sobreviviente como recursos de apoyo o a las consejeras de las líneas de emergencia de programas

gubernamentales o de comunidad que atienden a sobrevivientes de violencia doméstica, Ej. CAVV.

- **El médico** a cargo será responsable de los procedimientos de evaluación, intervención y referidos, tal y como se describen más adelante.
- Consultará con el área de trabajo social en las situaciones en las que sospeche violencia doméstica o se haya identificado a una persona sobreviviente y se desee profundizar en las áreas de validación, educación y coordinación con recursos de la comunidad.
- Será responsable de la evaluación forense y cumplimentar la sección que le corresponde en el **Informe Médico Hospitalario** (ver pag. 27).
- **El personal del área de trabajo social** estará a cargo de explorar el marco general de la violencia doméstica referida, la situación de los menores, fecha del último incidente.
- Evaluará la situación de vivienda presente.
- Identificará redes de apoyo de la víctima y evaluará el nivel de peligrosidad presente.
- Proveerá información sobre servicios disponibles en la comunidad y programas de ayuda.
- Ayudará a desarrollar un plan de emergencia, al igual que el referido y coordinación de servicios con agencias gubernamentales o programas de la comunidad. Podrá ser sustituida en algunas de estas labores por personal de enfermería debidamente adiestrado.

4. CURSO DE ACCIÓN A SEGUIR

- a. **Obtener un historial completo de los síntomas y signos** concentrándose en todo aquello que pueda identificar la violencia doméstica. La información obtenida debe ser comparada de manera objetiva con el historial médico de una visita anterior y con los hallazgos físicos presentes.
- b. **Si la persona niega el abuso pero el personal clínico sospecha abuso:** Continuar explorando el asunto de manera cuidadosa; documentar su opinión e informarle de los recursos disponibles que puedan ayudarlo en un futuro. **Una cita de seguimiento es muy importante.**
 - Esté alerta a signos que puedan indicar la presencia de abuso: heridas en el cuello, cabeza, torso, senos, abdomen, genitales, heridas durante

el embarazo. También depresión, intento suicida, ansiedad, problemas al dormir y un compañero sobre protector que no deje a la persona sola en ningún momento.

- Si ninguno de estos signos está presente realice más preguntas específicas, pero, antes asegúrese que la persona esta sola(o): ¿Luce como que alguien te agredió; ¿puedes decirme qué te pasó?; muchas personas se sienten igual que tú, puede que sea porque alguien las agredió en su casa, ¿fue esto lo que te sucedió?
- c. **Si la persona reconoce estar en una relación de violencia doméstica motivela (o) a hablar de lo sucedido.** ¿Podría decirme que le ocurrió?, ¿Cómo se siente? ¿Qué interesa hacer sobre esto?
- Dele tiempo para que se exprese antes de comenzar con el examen físico. Permanezca sin expresar sus opiniones, en control, ofrézcale apoyo y enfatice que ninguna persona tiene derecho de agredir a otra persona y que la víctima no es responsable o culpable de la conducta abusiva de su pareja.
 - Para **VALIDAR SU EXPERIENCIA** puede decirle: “No estás sola(o)” ; “Nadie tiene que vivir con violencia”, “No mereces ser tratada(o) de este modo”, “No es tu culpa”, “Esto que te ocurrió es un crimen” “Existen personas que pueden ayudarte”.
 - Si durante la evaluación de la persona, existen indicios de agresión sexual pregúntele, ¿tu pareja te ha forzado alguna vez a sostener relaciones sexuales o cometer algún acto sexual en contra de tu voluntad?
 - Referir a consulta con trabajo social.
 - Hacer evaluación de seguridad inmediata.

5. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD

Cuando se identifica a una víctima de violencia doméstica, se debe explorar su seguridad y ayudar a reducir su peligrosidad después de ser dada de alta. Esta evaluación y acción debe ser documentada. Infórmele a la víctima que el maltrato es un crimen y que ella/ el está protegida(o) por Ley. Ella/él puede radicar una querrela y obtener una orden de protección.

Las siguientes preguntas son claves para determinar cuán segura está la víctima.

- ¿Quién es el agresor? ¿Dónde está ahora? ¿Dónde trabaja (dirección y teléfono)?

- ¿Sabe que estás aquí?
- ¿Alguna vez te ha amenazado? o ¿Ha amenazado con usar algún arma en tu contra?
- ¿Posee armas o puede obtenerlas fácilmente?
- ¿Tu compañero toma alcohol, utiliza alguna droga o medicamentos?
- ¿Las agresiones han aumentado en severidad y frecuencia?
- ¿Tienes niños/ niñas? ¿Dónde están? ¿Están seguros en estos momentos? ¿Están siendo abusados(as)?
- ¿Tienes algún lugar donde ir (nombre - teléfono - dirección)?
- ¿Ha amenazado tus amistades y familiares?
- ¿Te ha amenazado con suicidarse si lo abandonas?
- ¿Tienes miedo de volver a tu casa?

Si las respuestas de la víctima muestran que el patrón de la violencia está escalando o si tiene miedo a regresar a la casa, éstos son indicadores de alto riesgo. Favor referirse al **Informe Médico Hospitalario en Casos de Violencia Doméstica** para mas información de preguntas y documentación.

Si la víctima rehúsa llamar a la policía, pero interesa orientación se puede llamar a la **Oficina de la Procuradora de las Mujeres al número de atención 24 HORAS 722-2977**, para una intervención de apoyo. Recordar que si existe peligrosidad para las/ los niñas/ niños, se debe llamar a la **Línea de Prevención Maltrato de Menores 749 - 1333**.

6. PLANIFICACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD

Se le puede ayudar a preparar un plan de escape o tomar medidas que aumenten su seguridad personal. Por ejemplo, se le puede recomendar mantener documentos importantes, algún dinero y un cambio de ropa en un lugar accesible pero no visible de la casa, en caso de que necesite abandonarla con rapidez.

- De ser necesario para la seguridad de la persona, el personal clínico debe hacer los arreglos para su admisión. En las órdenes de admisión, debe incluirse **RESTRICCIÓN DE VISITAS** a la persona agresora y explicarlo así al personal de enfermería y de seguridad.
- No debe darse de alta una paciente que se encuentra en peligro sin tener ésta dónde ir. Deben realizarse las coordinaciones necesarias para su seguridad.
- Si la persona decidiera regresar a su casa, respetar su decisión Recuerda que Decidir abandonar una relación de violencia es un proceso y es la persona sobreviviente quien mejor puede estimar las consecuencias de esta decisión.
- Se puede orientar sobre las órdenes de protección que otorga el Tribunal para proteger la seguridad de las víctimas y sus hijos / hijas. Se pueden solicitar en cualquier tribunal y no es necesario radicar cargos criminales para obtenerla.

PLAN DE ESCAPE⁵

Es importante estar preparada para huir con tus hijos /hijas si es necesario por razones de seguridad. Siempre piensa en:

1. Preparar una maleta con:

- Pertenencias de primera necesidad
- Mudass de ropa para ti y tus hijos/ hijas
- Artículos de aseo personal
- Juguetes o artículos especiales de tus hijos /hijas
- Medicinas habituales

2. En una caja o sobre aparte recopila y ten a la mano documentos personales importantes. Deja dichos documentos en el mismo lugar que la maleta o dentro de la maleta:

- Tarjeta del plan médico
- Certificado de nacimiento/ pasaporte
- Tarjeta de Seguro Social o cualquier documento similar tuyo y de tus hijos/as
- Certificado de matrimonio
- Licencia de conducir y registro del automóvil
- Dinero en efectivo
- Medicina o recetas de medicinas
- Libretas de ahorros, chequeras o tarjetas de crédito o sus números de cuentas
- Expediente médico tuyo y de tus hijos /as
- Recibos de pagos importantes
- Copias de llaves de la casa y carro
- Documentos escolares de los niños/ as
- Fotos tuyas y de tus hijos /as
- Evidencia de maltratos recibidos
- Escritura de la propiedad
- Direcciones y números de teléfono
- Planilla de contribución sobre ingresos

3. Guarda la maleta en casa de una vecina, familiar o amistad cercana.

4. Considera la transportación y formas de salir de la casa:

- Piensa en cómo y con quién vas a salir de la casa: policía, taxi, transportación pública, en el auto de amistades o familiares, etc.
- Decide de antemano a dónde vas a ir e infórmasele a la persona que

⁵ Coordinadora Paz para la Mujer, Inc. 2002.

escogiste. De esta manera estará sobre aviso cuando llegues, ya sea de día o de noche, en caso de una emergencia.

5. Ten a la mano en una libreta los teléfonos importantes de:
 - Tus médicos o los de tus hijos/ as
 - Policía
 - Albergues y oficinas de servicios para personas maltratadas
 - Instituciones de ayuda emocional
 - Amistades o familiares, personas que te apoyan
6. Llama a la policía:
 - Dile que estás en una situación de violencia doméstica. Ofrece los detalles de la información completa.
 - Anota el número de placas y el nombre de todas/ os las/ los policías y personal que investigue tu caso.
 - También anota el número de querrela y pide copia de ésta.
 - Solicita escolta de la policía y/o acude a la Sala de Investigaciones del Tribunal más cercano a solicitar una orden de protección y sus medidas provisionales.
 - Ve a la oficina más cercana de Servicios Legales o a la de un abogado/ abogada de tu confianza.
7. Utiliza recursos de ayuda:
 - Si has sido agredida, ve a una sala de emergencias, aunque tus golpes o heridas no sean visibles. Infórmale al personal de la sala que estás en una situación de violencia doméstica. Pide una copia de tu expediente médico, esto te ayudará en caso de que decidas radicar cargos criminales contra la persona agresora.
8. Consigue a alguien de confianza con quien dejar las mascotas que poseas.

7. DOCUMENTACIÓN: INFORMACIÓN MÉDICO HOSPITALARIO EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

La documentación precisa y específica es esencial para una intervención apropiada e integral. Además, agiliza los procesos legales. Documente claramente. Utilice el formulario **“Informe Médico Hospitalario en Casos de Violencia Doméstica”**. El informe está dividido en cinco partes. Las primeras cuatro secciones pueden ser cumplimentadas por un enfermero(a) u otro profesional de salud quien debe poner su nombre, firma y el nombre de la facilidad de salud en la cual se encuentra. La quinta sección debe ser cumplimentada por el profesional de salud quien firma la hoja luego de hacer el examen físico, anotar su impresión clínica e indicar las órdenes médicas solicitadas, si algunas. Los datos a ser recopilados son los siguientes:

I Datos de identificación:

- Nombre, dirección, sexo, ocupación, edad y teléfono del/la sobreviviente. Además se debe indicar el lugar donde ocurrió el evento, y el nombre de la persona que acompaña a la víctima, su teléfono y dirección.

II Datos del evento: Anotar la fecha y hora de la entrevista, la hora y fecha del evento de agresión.

- Indicar si ha recibido atención previa, donde y el nombre del profesional que la atendió.
- Indicar el lugar donde ocurrió la agresión, la relación del agresor con la víctima, el mecanismo de la lesión.
- Indicar datos sobre el/la agresor/a, nombre, estado civil, género.

III Datos clínicos del evento:

- Indicar el sitio anatómico afectado (debe indicar todos los lugares afectados).
- Indicar la naturaleza de la lesión, la condición de la ropa de la víctima.
- Indicar la severidad de la lesión.
- Indicar el destino del/la paciente luego de la evaluación.

IV Evaluación de peligrosidad.

- Es de suma importancia que se cumplimente la evaluación de peligrosidad para poder determinar las necesidades de protección de la víctima. Estas preguntas están diseñadas para obtener un cuadro basado en estudios empíricos sobre el nivel de peligro en que se encuentra la persona. Por lo tanto, deben ser preguntados según se presentan en el formato.

- Si la persona contesta SI a 9 preguntas, se debe orientar sobre el plan de escape (pág. 22). Además el/la profesional debe indicar por escrito si se orientó a la víctima contestando SI o No en el formulario.
- Al finalizar la sección IV, el/la profesional que cumplimenta esta sección debe poner su nombre, el nombre de la facilidad de salud en que se encuentra y firmar esta sección de la información obtenida.

V. La Evaluación Médica

- **Razón del referido:** Indique la razón del referido y el historial del evento. Debe evitarse hacer descripciones que desvíen la atención del problema de violencia. Si la persona manifiesta que la herida fue causada por agresión, documentar exactamente las palabras de la víctima
- Indique si otras personas presenciaron el evento y quiénes.

El examen físico :

- Lleve a cabo un examen físico completo, de forma que pueda detectar trauma pasado que dejan secuelas y signos de trauma presente.
 - Debe incluir anotaciones al mapa del cuerpo incluido para documentar tamaño, patrón, color, características particulares y localización del trauma. La descripción debe ser específica: Ejemplo; “3 líneas rojas, con separación de tejido, sangrado consistente con arañazo sobre elevado en su mayoría y de 1 pulgada X 3 pulgada”.
 - Documente posibles indicadores de agresión sexual (recordar que usted no estuvo allí para decir cómo fue pero si puede usar una comparación o establecer una congruencia con el historial).
 - Documente otros problemas de salud física o mental que pudieran estar relacionados con el historial de violencia (problemas de cuello y espalda, dolores crónicos de cabeza, colon irritable (irritable bowel), condición /enfermedad pélvica inflamatoria, úlceras, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, pesadillas, signos o síntomas del trastorno de estrés post-traumático.
- 2 **Impresión clínica:** Si la persona niega ser víctima de agresión documente si la explicación de la persona no concuerda con el trauma observado o con indicadores de agresión y explique porque entiende que no concuerdan. Se recomienda que ante una duda, se debe consultar, ya que de ello puede depender una vida. Para mas información sobre el registro e impresión clínica favor referirse a la sección de **REGISTRO** en el apéndice, pag. 61.

- 3 **Órdenes médicas:** anotar todas las órdenes médicas solicitadas y sus resultados, los resultados de las consultas, y los referidos efectuados.
- 4 Es de suma importancia anotar la cita de seguimiento de ser recomendada y firmar la hoja del examen médico.

INFORME MÉDICO HOSPITALARIO EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

I. Datos de identificación

APELLIDOS		NOMBRE		INICIAL	No REGISTRO
DIRECCION		SEXO	TELEFONOS		EDAD
		M	F	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Nombre de la persona que acompaña a la víctima:			Dirección:		TELEFONOS
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL EVENTO					

II. Datos del evento (Encierre en círculos, para cada agrupación de casos debe marcar solo una, la más grave)

Fecha y hora de entrevista		LUGAR DONDE OCURRIÓ LA AGRESIÓN		MECANISMO DE LA LESION				
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	1- CASA / HOGAR	1- AGRESIÓN SEXUAL
DIA		MES		AÑO		HORA	2- ESCUELA /LUGAR DE ESTUDIO	2- GOLPE/ FUERZA CONTUNDENTE
							3- CALLE	3- PUÑALADA/CORTADURA
Fecha y hora del evento							4- TRABAJO	4- DISPARO CON ARMA DE FUEGO
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	5- BAR, CANTINA O SIMILARES	5- ESTRANGULACIÓN
DIA		MES		AÑO		HORA	6- NO SE SABE	6- NO SE SABE
							7- OTRO _____	7- OTRO _____
ATENCION PREVIA		SI		NO			RELACIÓN AGRESOR/A – VÍCTIMA	
DONDE							1- NOVIO/A O EX NOVIO/A	SEXO ☐ F ☐ M
							2- PAREJA O EX-PAREJA	☐ NO IDENTIFICA
							3- CONYUGE O EX-CONYUGE	ESTADO CIVIL
							4- AMIGOS/CONOCIDOS	☐ CASADO/A
NOMBRE DEL PROFESIONAL							5- NO SE SABE	☐ SOLTERO/A
							6- OTRO _____	☐ NO SE SABE
							NOMBRE DEL AGRESOR/A	

III. Datos clínicos del evento

SITIO ANATÓMICO AFECTADO (PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA)		NATURALEZA DE LA LESIÓN		SEVERIDAD		DESTINO DEL/DE LA PACIENTE	
1- cráneo		1-Laceración, abrasión, lesión superficial		1- LEVE O SUPERFICIAL (esquimosis, herida superficial)		1- Tratado y enviado a casa	
2- máxilo facial		2- Cortada, mordida, herida abierta		2- MODERADA (requiere algún tratamiento como sutura, lavado gástrico, observación, etc.)		2- Hospitalizado	
3- cuello		3- Lesión profunda-penetrante		3- SEVERA (requiere manejo médico avanzado como cirugía mayor o UCI).		3- Referido a _____	
4- ojos		4- Esguince, luxación				4- Fuga	
5- nariz		5- Fractura				5- Abandono voluntario	
6- tórax		6- Quemadura				6- Condición de salida	
7- espalda		7- Confusión a órganos internos				a- Vivo b- Fallecido	
8- abdomen		8- Lesión orgánica sistémica					
9- pelvis/genitales		9- Trauma craneoencefálico					
10- hombro/brazo		10- Otros _____		NOMBRE DE LA FACILIDAD DE SALUD			
11- codo/antebrazo		11- No se sabe					
12- muñeca/mano/dedo				NOMBRE DEL/DE LA PROFESIONAL DE LA SALUD Y LICENCIA			
13- caderas/muslos		CONDICION DE LA ROPA					
14- rodillas/piernas		1- Ausencia de alguna pieza		FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL DE LA SALUD			
15- tobillo/pie/dedo		2- Rasgada, rota					
16- múltiples		3- Sucia, ensangrentada					
17. Otro _____		4- Se cambió de ropa luego del evento ☐ Sí ☐ No					
		4- Otra _____					

IV. Evaluación de peligrosidad (Marque sí o no para cada uno de los siguientes)

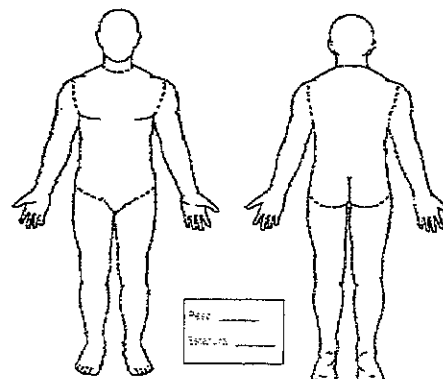
1. ¿Ha aumentado la violencia física durante el último año? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha aumentado la severidad de la violencia física durante el año pasado y/o le han amenazado con usar un arma o la han usado? ☐ Sí ☐ No
*3. ¿Ha tratado alguna vez de horcarla? ☐ Sí ☐ No
*4. ¿Hay algún arma de fuego en la casa? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Alguna vez le han forzado a tener relaciones sexuales o hacer algún acto sexual que usted no quería? ☐ Sí ☐ No
6. ¿El/la agresor/a es usuario/a de drogas? ☐ Sí ☐ No
*7. ¿Ha amenazado con matarle o usted piensa que es capaz de matarle? ☐ Sí ☐ No
8. ¿El/la agresor/a se emborracha todos los días o casi todos los días? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Le controla la mayor parte de las actividades diarias? Por ejemplo ¿exige saber siempre dónde y con quién está? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Alguna vez le golpeó estando embarazada? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Manifiesta celos de forma violenta y permanente (Ej. si no eres mía, no serás de nadie) ? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Alguna vez TU has amenazado con quitarte la vida o lo has intentado? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Alguna vez el/la agresor/a ha amenazado con quitarse la vida o lo ha intentado? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Es violento/a frente a tus hijos/as? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Es violento/a fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

*Si contestó SI a 9 de las preguntas, debe orientar sobre el plan de emergencia. Orientó: ☐ Sí ☐ No

*Valores críticos (utilizar criterio profesional)

RAZÓN DEL REFERIDO (Historial descriptivo del evento que trae a la visita: cómo, qué ocurrió)

¿Hubo otras personas que presenciaron el evento? ____ No ____ Sí ¿Quién?

EXAMEN FISICO**IMPRESION CLINICA:****ORDENES MEDICAS:**

Laboratorios:

Radiología:

Consultas:

Referidos:

Seguimiento recomendado/cita:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LICENCIA

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

FECHA

El Registro

La documentación en el expediente médico de los daños causados a la mujer por la violencia doméstica es importante por muchas razones.

Identificación	■ Permite visibilizar la violencia como problema de Salud pública y como motivo directo o indirecto de consulta. Esta información es importante para la planificación de los programas y servicios del sector salud.
Valorización de daños y peligro	
Registro	■ Después de haberse capacitado debidamente el Personal de salud, el registro permite evaluar si el plan de atención se está implementando de manera efectiva y eficaz.
Fortalecimiento y orientación	■ Permite una mejor atención y seguimiento a las mujeres.
Referidos y seguimiento	■ Permite un registro documental, para uso forense, en el caso de poner una denuncia por la vía judicial.

A continuación el ejemplo de un expediente de una sala de emergencia:

Descripción	
La víctima, una mujer de 15 años, manifiesta haber encontrado al agresor en la calle y habló con él durante 20 minutos. Después el agresor <u>le golpeó la cabeza con un hierro</u> , dejándole lesiones en la parte superior del cráneo.	
<u>Diagnóstico:</u>	Hematoma occipital y herida sangrante de más de 10 cms. de largo.
<u>Plan:</u>	1. Radiología del cráneo, de emergencia. 2. Sutura de la herida sangrante. 3. Analgésicos c8 horas x 5 días. 4. Cita en 24 horas.

Fuente: Red de Mujeres contra la violencia, Nicaragua (1998)

8. EVIDENCIA – En caso de agresión sexual (conyugal)

- a. Conservar toda evidencia física. Debe ser rutina en todo caso de agresión o sospecha de agresión. Explicar a la /el persona que la recopilación de evidencia no significa que está obligada a reportar el abuso a las autoridades y obtener permiso de la /el persona para obtener artículos personales. La necesidad de recopilar la evidencia en el momento es que puede ayudar si más tarde decide reportarlo a la policía.
- a. Rotular el paquete que contiene la evidencia con fecha, nombre, número de hospital y nombre de la persona que guardó la evidencia en el paquete y qué hay dentro del paquete. Estos deben ser tratados con cuidado para no alterar la evidencia. Los artículos pueden ser ropa con manchas de sangre, prendas rotas, objetos y armas utilizadas. Cada pedazo de ropa manchada de sangre debe ser guardada en paquetes por separado. Sellar el paquete.

IMPORTANTE: Usar bolsas de papel, no plástico

- c. Una sola persona debe estar a cargo de la recopilación de la evidencia y enviarla a la policía. Anotar a quién, cuándo y qué fue entregado. Seguir el procedimiento descrito en el Informe Médico y llenar el documento que lo evidencie.
- d. En casos de violencia doméstica con agresión sexual, se debe realizar la evaluación con el Rape Kit (ver apéndice) siguiendo las instrucciones del Protocolo de Intervención con Sobrevivientes de Agresión Sexual. (pág. 41)

9. FOTOGRAFÍAS

Los signos físicos de trauma se presentan mejor describiéndolos verbalmente, señalándolos en el mapa humano y mediante fotografía con autorización escrita de la /el persona. El /la persona debe saber que las fotos pueden ser solicitadas por el tribunal para ser mostradas en un juicio.

La toma de fotos debe incluir:

- a. Color / Polaroid/ o Cámara digital ✓
- b. Utilizar suficiente luz.
- c. Tomar diferentes ángulos del trauma o área que se quiera señalar; si se espera que surja un moretón más tarde de la fecha en que se tomaron las fotos se debe solicitar a la persona regresar para tomar fotos de las mismas (tomarlas inicialmente y posteriormente.)
- d. En cada fotografía identificar el área fotografiada y documentar la fecha, hora y número del expediente.
- e. Poner al lado algo comparativo de tamaño (ej., peseta) o regla que se pueda visualizar bien.
- f. Colocar todas las fotos en un sobre sellado. ✓ Rotularlo claramente con fecha y hora, núm. del expediente, nombre quién tomo la foto, área del cuerpo.

Nota: Siempre se debe hacer dibujos, con o sin fotos; se toman fotos si es posible.

10. LA EVIDENCIA MÉDICA ANTE LA AGRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Una de cada doce mujeres embarazadas experimenta violencia física durante el embarazo. Los estudios sobre víctimas de violencia doméstica revelan que de un 40 a un 60 por ciento de estas mujeres fueron agredidas por vez primera durante el embarazo. Los abusos físicos muchas veces consisten en puños en el abdomen, heridas en los senos, genitales y agresión sexual. También existe la agresión emocional, desvalorizando el embarazo. La agresión es una de las causas potenciales para abortos, malformaciones y nacimientos prematuros. Son pocas las víctimas embarazadas que comunican ser agredidas por sus esposos o compañeros. La mayoría de las víctimas, si deciden compartir esta experiencia, lo harían con el médico para que atienda las heridas. Sin embargo, muchos de los compañeros para mantener control no permiten que ésta busque asistencia médica.

El cirujano general recomienda supervisión y cernimiento a las mujeres embarazadas si presentan los siguientes signos de agresión:

- a. Trauma no consistente con historial.
- b. Dolor consistente con trauma que ella lo minimiza.
- c. Áreas equimóticas en el abdomen (necesitan ser evaluadas por posibles patadas, golpes).
- d. Sangrado vaginal que pudiera estar asociado con trauma al abdomen o vagina.
- e. Al momento de dar a luz presenta miedo inapropiado, poco razonable.
- f. Acompañante que al momento de dar a luz más que preocupación por el bienestar de la madre y bebé, no habla más que lo que le va a costar otra boca, el que la mujer no podrá hacer sus tareas, etc.
- g. Pareja que quiere controlar la situación solicitando que no le provean a la víctima con anestesia o analgésicos.
- h. Pareja que la agrede verbalmente, la responsabiliza del embarazo.
- i. Mujer que falta a cuidado prenatal, hospitalizada varias veces, no sigue instrucciones médicas.
- j. En el post-parto, la víctima que experimenta abuso puede manifestar depresión clínica.
- h. Problemas al alimentar al infante y poca comunicación en la pareja. Se debe tener especial atención al riesgo de abuso que corre el/ la infante si la madre es víctima de violencia doméstica. Las tareas del hogar aumentan y la madre está

aún en proceso de recuperación. Una madre de la que se sospeche violencia doméstica debe recibir visitas post parto más seguidas y brindarle información de ayuda.

11. MANEJO

- a. Tratamiento necesario y apropiado para trauma físico, u otro según esté
- b. indicado.
- c. Apoyar y motivar su autoestima y su independencia.
- d. Ser precavido(a) al recetar tranquilizantes o píldoras para dormir si la persona
- e. regresa a su casa en la cual puede correr peligro, ya que ello le hace
- f. vulnerable.
- g. Siempre preguntar acerca de ideas suicidas, de tenerlas, seguir protocolo para
- h. ello.

12. EDUCACIÓN/ORIENTACIÓN

- a. Explicar a la víctima el ciclo de violencia.
- b. Enfatizar la importancia en dar seguimiento al apoyo médico, legal y social.
- c. Enfatizar que ella puede romper con el ciclo.
- d. Proveerle información sobre violencia doméstica y agencias que pueden
- e. prestarle servicios y ayuda.
- f. Ofrecer a la víctima información escrita sobre el Plan de Escape y teléfonos de Líneas de Ayuda.

13. REFERIDOS

El médico o enfermera que atiende la situación debe:

- a. Obtener el permiso del/ la sobreviviente y referir a la oficina más cercana que presta servicios a las víctimas de violencia doméstica y a la Trabajadora Social del Hospital y de seguimiento a la situación para análisis de necesidades y coordinación de servicios.
- b. Llamar a la Oficina de la Procuradora de la Mujer quienes pueden ofrecer intervención en crisis, información de albergues, asesoría legal y desarrollar un plan de seguridad para la víctima y sus hijos(as).
- c. Ayudarla a comunicarse con la Policía, si así lo desea. Recuerde que tiene la obligación de reportar a la Policía todo trauma causado por arma de fuego por arma blanca y cualquier sospecha de maltrato a menores.

- d. En caso de que la persona haya optado por radicar una querella, es importante coordinar con agentes de la policía o unidades especializadas en violencia doméstica de la Policía de Puerto Rico.
- e. Al llamar a la policía necesita darle el nombre de la víctima, dirección y teléfono del /la agresor(a) y toda la información que posee relacionada con las heridas de ésta(e) y cómo se suscitaron.
- f. De ser necesario para la seguridad de la persona, haga los arreglos para admisión. Debe incluir, en la órdenes de admisión, **RESTRICCIÓN DE VISITAS** a la persona agresora y explicarlo así al personal de enfermería y de seguridad. No puede darse de alta una persona que se encuentra en peligro sin tener ésta dónde ir. Deben realizarse las coordinaciones necesarias para su seguridad.
- g. Informe a agencias de gobierno que corresponda. **de acuerdo a las leyes vigentes. El personal clínico debe informar de la situación en casos en los que se involucre un arma de fuego (Ley 404 de 2000, cap. 3, art. 5.14) o menores de edad que se vean directamente afectados (Ley 177 de 2003.).** Se recomienda que se explique a la persona sobreviviente la responsabilidad que tiene el personal clínico de informar a las autoridades y que se le oriente sobre los procedimientos legales a seguirse. Archive en el expediente médico de la persona sobreviviente una copia del informe a las autoridades legales.
- h. Corresponde a la persona sobreviviente de violencia doméstica decidir si solicita una orden de protección o radica una querella. El personal clínico no debe asumir esta responsabilidad; tampoco es necesario que informe sobre el status de residencia de una persona inmigrante.

APÉNDICE

APÉNDICE

SINOPSIS DE LEYES

ACECHO

La “**Ley contra el acecho en Puerto Rico**” o **Ley número 284 del 21 de agosto de 1999**, define como conducta constitutiva de acecho aquella que induzca temor en el ánimo de una persona prudente y razonable de sufrir algún daño físico en su persona, sus bienes o en la persona de un miembro de su familia.

El acecho, según la ley, constituye una forma de actividad criminal compuesta de una serie de actos que al ser examinados individualmente, pueden parecer un comportamiento legal: enviar flores, escribir cartas de amor y esperar por una persona fuera de su lugar de trabajo o de su casa: actos que de por sí no constituyen conducta criminal. Sin embargo, estos actos unidos a intentos de atemorizar, intimidar o hacer daño a una persona o miembro de su familia o a su propiedad, pueden constituir un patrón de conducta ilegal.

El acecho, contra una persona puede ocurrir en una amplia variedad de situaciones o en diversos tipos de relaciones, no necesariamente de naturaleza íntima. Este puede ser perpetrado por un mero conocido de la víctima, un antiguo compañero de trabajo o por un desconocido. Las motivaciones del ofensor pueden incluir atracción intensa u odio extremo, deseos de control, obsesión, celos y coraje, entre otras.

VIOLENCIA DOMÉSTICA

La Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica es conocida como la **Ley 54 del 15 de agosto de 1989**. Esta ley trata sobre la violencia doméstica en relación de pareja. Es una ley que va por encima del Código Penal en cuanto a la agresión sexual en el matrimonio, dejó sin efecto la inmunidad entre cónyuges para acciones por daños, permite mecanismos de protección mayores a los provistos en el Código Civil, en las Reglas de Procedimientos Civil y en las Reglas de Procedimiento Criminal. Ha sido enmendada para añadir a los policías municipales entre los oficiales del orden público encargados de implantar la Ley y para establecer como agravante la agresión a una mujer embarazada.

Los objetivos son “establecer un conjunto de medidas dirigidas a prevenir y combatir la violencia doméstica en Puerto Rico; tipificar los delitos de Maltrato, Maltrato Agravado, Maltrato mediante amenaza, maltrato mediante restricción de la libertad y Agresión Sexual Conyugal; y fijar penalidades; facultar a los tribunales a expedir órdenes de protección para las víctimas de violencia doméstica y establecer un procedimiento fácil y expedito para el trámite y

adjudicación de dichas órdenes; establecer medidas dirigidas a la prevención de la violencia doméstica y ordenar a la Comisión para los Asuntos de la Mujer a divulgar y orientar a la comunidad sobre los alcances de esta ley y para asignar fondos”. Se protegen las víctimas de violencia doméstica y se excluyen las relaciones de pareja que no hayan sostenido relaciones sexuales.

AGRESIÓN SEXUAL CONYUGAL: (ARTÍCULO 3.5)

Se impondrá pena de reclusión según se dispone más adelante a toda persona que incurra en una relación sexual no consentida con su cónyuge o ex cónyuge, o con la persona con quien cohabite o haya cohabitado, o con quien sostuviere o haya sostenido una relación consensual, o la persona con quien haya procreado hijo o hija, en cualesquiera de las circunstancias siguientes:

- a. Si se ha compelido a incurrir en conducta sexual mediante el empleo de fuerza, violencia, intimidación o amenaza de grave e inmediato daño corporal; o
- b. Si se ha anulado o disminuido sustancialmente, sin su consentimiento su capacidad de resistencia a través de medios hipnóticos, narcóticos, depresivos o estimulantes o sustancias o medios similares; o
- c. Si por enfermedad o incapacidad mental temporal o permanente estuviere la persona incapacitada para comprender la naturaleza del acto en el momento de su realización; o
- d. Si obligare o indujere mediante maltrato y/ o violencia psicológica al cónyuge o cohabitante a participar o involucrarse en relación sexual no deseada con terceras personas.

La pena a imponerse por este delito, excepto la modalidad a que se refiere el Inciso (A) de este Artículo, será de reclusión por un término fijo de 15 años. De mediar circunstancias, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de veinticinco (25) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de diez (10) años.

La pena a imponerse por la modalidad del delito a que se refiere en el inciso (a) de este Artículo, será de reclusión por un término fijo de treinta (30) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cincuenta (50) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de veinte (20) años.

Cuando la modalidad del delito descrito en el Inciso (a) de este Artículo se cometiere mientras el autor del delito hubiere penetrado al hogar de la víctima sin el consentimiento de ésta o a una casa o edificio residencial donde estuviere la víctima o, al patio, terreno o área de estacionamiento de éstos, y cuando los cónyuges o cohabitantes estuvieren separados y residiendo en viviendas diferentes o hubieren iniciado una acción legal de divorcio, la pena del delito será de reclusión por un término fijo de sesenta (60) años. De mediar circunstancias

agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de noventa y nueve (99) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de cuarenta (40) años.

RADAR

Bosquejo de Intervención en Casos de Violencia Doméstica

R- RECOPIRAR TODA LA INFORMACION POSIBLE DE LA/ EL PERSONA

Muchas de las víctimas de violencia doméstica no ofrecen información de su situación abiertamente, deben ser entrevistadas en un lugar privado para crear un ambiente de confidencialidad y con preguntas abiertas, sin juzgar su situación o conducta.

A = PREGUNTAR

Porque la violencia doméstica es muy común en las vidas de muchas personas, intereso hacerle unas preguntas de rutina:

¿Está en una relación en la cual ha sido agredida físicamente alguna vez? Si contesta NO, ¿Sabría que hacer de encontrarse en la situación?

SI LA PERSONA CONTESTA SI, VER PRÓXIMA SECCIÓN Y CONTINUAR CON LOS SIGUIENTES PASOS

D = DOCUMENTAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Documente lo expresado por la víctima tal y como lo manifieste comenzando la oración con: "La/él persona manifiesta" y asegúrese de incluir el nombre de la persona que agrede. Recopile toda evidencia física. Utilice el mapa del cuerpo humano para incluirlo en el historial. También tome fotografías de signos físicos. Si es un caso de agresión sexual, realice la evaluación correspondiente.

A =EVALÚE LA SEGURIDAD DE LA VICTIMA

Explore si la persona teme en regresar a su hogar antes de que ésta se retire del hospital. Si la severidad y frecuencia de la violencia ha estado aumentando, amenazas de suicidio u homicidio, amenaza a los niños(as), armas presentes.

R = RECURSOS DISPONIBLES

Si la /el persona está en inminente peligro, explore si ésta tiene algún familiar con el que pueda quedarse o si necesita ser albergada/ inmediatamente. Ofrezcale acceso a un teléfono. Si no necesita asistencia inmediata, infórmele de las líneas de emergencia, albergues y los servicios que puede recibir de la Procuraduría de la Mujer, preferiblemente por escrito.

Órdenes de Protección

¿Qué son?

Las Órdenes de Protección son medidas legales de naturaleza civil que establece la Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica, Ley 54 de 15 de agosto de 1989, para proteger a las personas que confrontan violencia doméstica. Se trata de órdenes que puede emitir un/a juez/a para atender las situaciones que colocan en peligro a la persona que confronta violencia doméstica y para atender algunos problemas que genera la misma.

El procedimiento

Para solicitar una Orden de Protección no es necesario radicar cargos criminales. La misma se puede solicitar ante cualquier Juez/a del Tribunal de Primera Instancia (Juez/a de Distrito o Juez/a Superior) o ante un/a Juez/a Municipal. La persona perjudicada puede solicitar una Orden de Protección por sí misma, mediante un agente del orden público (policía), de su representante legal o de una tercera persona (en casos de impedimento físico, mental o de otro tipo). Esta solicitud puede ser verbal o escrita.

En la Secretaría del Tribunal deberán proveer los formularios y ayuda a la persona que solicita una Orden de Protección para facilitar dicho trámite. Luego de radicada la solicitud, el Tribunal citará a las partes para celebrar una vista en un término no mayor de cinco (5) días.

En algunos casos, las Órdenes de Protección se pueden emitir inmediatamente, aunque la parte agresora contra quien se emite no se encuentre presente en el Tribunal. Estas son las Órdenes Ex-parte que pueden expedirse cuando:

- No se haya logrado citar a la persona agresora a pesar de haber realizado las gestiones pertinentes.
- Notificar previamente a la persona agresora pueda causar los daños que se pretenden evitar con la Orden de Protección.
- Se demuestra que existe riesgo inmediato de que la persona que solicita la Orden de Protección sufra daño.

Los remedios que pueden incluir las Órdenes de Protección

El/la juez/a puede ordenar uno o varios de los siguientes remedios para proteger a la persona:

- Adjudicar la custodia provisional de los/as menores procreados en la relación de pareja.
- Ordenar el desalojo por parte de la persona agresora de la vivienda que comparte con la persona afectada.
- Ordenar a la persona agresora que se abstenga de interferir con el ejercicio de la custodia provisional de los/as menores y prohibirle esconder o remover de la jurisdicción a los/as mismo/as.

- Prohibir a la persona agresora penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la perjudicada para evitar que interfiera con ella o con los/as menores cuya custodia tiene.
- Ordenar a la persona agresora el pago de pensión alimentaria para los/as para los/as menores procreados en la relación de pareja y/o para la persona perjudicada por la violencia doméstica, si tiene derecho a ello.
- Prohibir a la persona agresora a disponer de los bienes privativos de la persona perjudicada o de los bienes de la sociedad de gananciales o pertenecientes a la comunidad de bienes formada por la pareja, así como disponer medidas provisionales sobre el uso y disposición de los bienes muebles (enseres del hogar, automóvil, etc.) y de la residencia.
- Ordenar que la persona agresora pague a la perjudicada por los daños causados por su conducta violenta.
- Ordenar a la persona agresora entregarle a la Policía para su custodia, cualquier arma de fuego, cuando a juicio del Tribunal dicha arma de fuego pueda ser utilizada para causar daño corporal.

Las Órdenes de Protección deberán ser notificadas (entregadas) a las personas contra quienes se emiten a través de los alguaciles, la Policía o alguna persona particular.

Las consecuencias de violar una Orden de Protección

La violación a una Orden de Protección constituye delito menos grave. La Policía deberá en estos momentos efectuar un arresto aunque no medie orden previa si se le demuestra que existe una Orden de Protección y tiene motivos fundados para creer que se ha violado la misma. La persona que viole una Orden de Protección, no podrá acogerse al mecanismo de desvío que provee la Ley Núm. 54, de 15 de agosto de 1989.

Mitos y realidades sobre la violencia doméstica

- La mujer maltratada es porque le gusta.	- A nadie le gusta ser maltratado/a o humillado/a. La socialización le ha enseñado a las mujeres a ver el maltrato como algo inherente a vida de pareja. Muchas veces, las mujeres se sienten responsables de las expresiones violentas de su pareja o asumen estrategias de resistencia para sobrevivir como la sumisión o el ser extremadamente complacientes.
- Las mujeres provocan la violencia de su pareja.	- Esta es una concepción popular en nuestra cultura que justifica la conducta del/a agresor/a. El usar la violencia es una opción que decide el/la agresor/a y sólo esa persona es responsable de la misma y puede controlarla.
- El maltrato es más común entre las clases pobres.	- El maltrato no escoge clase social. Todas las mujeres, por el hecho de ser mujeres, podemos sufrir maltrato por parte de una pareja violenta. Sin embargo, las mujeres pobres, generalmente, acuden en busca de ayuda a hospitales públicos que documenta su experiencia. Las mujeres con recursos económicos van a profesionales de la salud y hospitales privados que rara vez sacan a la luz pública este tipo de casos.
- La persona que maltrata es violenta en todas sus relaciones interpersonales.	- Muchos hombres son violentos, sin embargo, muchos son maltratantes sólo con sus esposas o compañeras.
- El alcohol y las drogas son la causa de la violencia doméstica.	- La causa de la violencia doméstica se identifica en las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres. El alcohol y las drogas no son la causa aunque en muchos casos puede agravarla. Muchas de las personas que beben o usan drogas no maltratan a su pareja, de igual forma, muchos-as de los-as agresores-as no beben ni consumen drogas.
- Los agresores son locos o psicópatas.	- Se ha encontrado que la mayoría de los agresores no son psicópatas. Son personas manipuladoras y que tratan de conseguir lo que quieren de su pareja sin tomar en cuenta sus intereses y necesidades. Son personas que pueden funcionar muy bien con otras personas, su abuso de poder es sólo con su pareja.
- Los agresores no pueden mostrarse amorosos, siempre expresan enojo y violencia hacia su pareja.	- En ocasiones los agresores pueden mostrarse amorosos, simpáticos y atentos con su pareja, eso confunde los sentimientos de la víctima.
- Un agresor no puede cambiar ni dejar de ser violento.	- La conducta violenta es aprendida y puede ser modificada. Esto requiere de una intervención profesional que facilite desarrollar estilos no violentos de relacionarse en pareja.
- Aguantando y evitando molestar a la pareja se puede controlar su conducta agresiva.	- Esta es una estrategia de resistencia que utilizan muchas víctimas de violencia doméstica para sobrevivir, sin embargo, esto no detendrá la violencia y pone en riesgo su salud física y mental.
- La violencia doméstica contra la pareja sólo se da de parte de los hombres hacia las mujeres.	- Las estadísticas señalan que en casi el 97% de los casos registrados la violencia se da por parte de los hombres hacia mujeres, sin embargo, ésta se puede dar de mujeres hacia hombres y en relaciones del mismo sexo (de mujeres hacia mujeres y de hombres hacia hombres).

*Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Departamento de Salud

EL CICLO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La sicóloga Lenore Walker, en el 1979, observó que muchas relaciones violentas siguen un patrón cíclico que tiende a escalar en frecuencia y severidad. Describe un ciclo de tres fases en el que primeramente aumenta la tensión entre la pareja, más adelante, ocurre un incidente violento agudo, para luego dar paso a un acto de arrepentimiento con un periodo de reconciliación y calma. El ciclo, que no se da igual en todas las parejas, puede desarrollarse en un día o tardar semanas o meses en completarse. Sino se atienden los problemas reales de la pareja el ciclo se repetirá y los problemas se agudizarán. Muchas veces es necesaria ayuda profesional para romper el ciclo y terminar con el maltrato.

1. FASE DE Tensión

Esta etapa puede durar desde algunas horas hasta meses o años. La víctima se da cuenta de que se está acumulando tensión y trata muchas maneras de agradar y bromear con su pareja para tratar de evitar la violencia. La violencia va aumentando, comienzan las discusiones verbales y las amenazas. La víctima siente miedo y se vuelve excesivamente complaciente tratando de evitar incidentes de mayor intensidad.

3. FASE DE ARREPENTIMIENTO Y RECONCILIACIÓN

El agresor se siente avergonzado, culpable, pide perdón, y promete que la violencia nunca volverá a ocurrir. Es posible que compre regalos costosos y atienda a la víctima con extremada cortesía. La víctima alberga esperanzas de cambio y considera darle otra oportunidad a la relación, sin embargo, muchas veces esta fase se desvanece pronto y comienza a acumularse nuevamente la tensión.

CICLO DE VIOLENCIA

2. FASE DE AGRESIÓN

La agresión puede ser desencadenada por una discusión insignificante sobre la comida, la TV o cualquier otro problema con o sin importancia. Generalmente, es aquí donde ocurre el maltrato físico: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, abuso sexual, intentos de asesinato y otros. Una vez comienza el ataque, generalmente, es poco lo que la víctima puede hacer para detenerlo. Esta tiende a culpabilizarse y a minimizar o negar las agresiones. Pedir disculpas o razonar con el agresor rara vez resulta efectivo. Es en esta etapa cuando muchas víctimas buscan ayuda.

PARA SALIR DE UNA RELACIÓN DE MALTRATO

- Reconoce el maltrato e identifica los indicadores de violencia en tu pareja.
- Toma la decisión de salir de la relación violenta y prepárate para hacerlo.
- No guardes silencio. Habla con personas de tu confianza sobre la situación, podrían ayudarte o servirte de testigo.
- Prepara un plan de escape para un caso de emergencia.
- Desarrolla una red de apoyo entre familiares y amig@s que te puedan ofrecer apoyo y protección de ser necesario.
- Identifica organizaciones o grupos de apoyo que trabajen con víctimas-sobrevivientes de violencia doméstica y acude a ellos, pueden ayudarte.
- Busca un empleo o adiestramiento que te permita independencia económica.
- Utiliza la Ley 54 para obtener protección de la Policía y los tribunales.
- **Confía en ti misma, muchas mujeres han sobrevivido a una relación maltratante y ahora viven en PAZ.**

PARA PREVENIR Y COMBATIR LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

- Promueve prácticas no sexistas y de equidad en las relaciones de pareja.
- Promueve el diálogo y la negociación en la toma de decisiones.
- No juzgues ni critiques las decisiones de las personas que están en una relación maltratante.
- Respalda las gestiones que apoyan a las víctimas/sobrevivientes de maltrato en tu familia, tus centros de trabajo y tu comunidad.
- Mantente informada sobre las leyes y programas que protegen a las víctimas de maltrato y comparte la información.
- Defiende los derechos humanos de las mujeres y los hombres.

**Llama a la Línea Informativa
del Departamento de Salud 24 horas/7 días
(787) 765-2265
1-800-981-5721
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación**

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación

BOSQUEJO DE INTERVENCION MÉDICO FORENSE EN CASOS VIOLENCIA SEXUAL

Toma de muestras para pruebas de laboratorio

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ 1. Prueba de embarazo (HCG)☐ 2. Prueba citológica (Pap smear), para detección de HPV, espermatozoides☐ 3. Prueba para clamidia☐ 4. Wet prep para vaginitis, candida, espermatozoides, si son motiles o no, tricomonas☐ 5. Pruebas de sífilis | <ul style="list-style-type: none">☐ 6. Prueba de gonorrea☐ 7. Pruebas de hepatitis B☐ 8. Pruebas de VIH☐ 9. Prueba de grupo sanguíneo☐ 10. Estudio toxicológico |
|---|--|

Kit Forense

Rotular debidamente la evidencia:

- ☐ 1. nombre de la persona sobreviviente
- ☐ 2. nombre de la/el médico, asistente
- ☐ 3. fecha y hora en que se recogió la evidencia
- ☐ 4. lugar de donde procede la muestra
- ☐ 5. iniciar sobre y cerrar

La ausencia de hallazgos físicos no significa que no haya ocurrido la agresión. Debe utilizarse el juicio clínico médico forense. Usar bolsas de papel. No usar bolsas plásticas.

- ☐ 1. Colección de material extraño, ropa de vestir y ropa interior.
- ☐ 2. Colección de residuos.
- ☐ 3. Muestra de raspado de uñas.
- ☐ 4. Muestra de cuero cabelludo.
- ☐ 5. Muestra de vello púbico.
- ☐ 6. Muestra de secreciones en vagina, oral y/o ano, wet prep.
- ☐ 7. Muestras de saliva (para determinar si la persona sobreviviente es secretora).

Tratamiento médico curativo y preventivo

Curativo y Preventivo:

- ☐ 1. Embarazo: el contraceptivo postcoital que puede utilizarse: Ovral (2 tabletas en el momento y 2 tabletas 12 horas después) , o Lo/Ovral, Nordette, Levlen, o Triphasil (4 tabletas en el momento y 4 tabletas 12 horas después) o Plan B.
Tigan (o producto semejante)
- ☐ 2. Enfermedades venéreas:
 - a. Ceftriaxone 125 mg., I.M., (+) metronidazole 2gm., oral (+) doxycyclina 100 mg., oral, dos veces al día, por 7 días (debe verificarse dosis/peso, alergias y contraindicaciones, usando los sustitutos correspondientes).
 - b. Niñas/niños (prepuberal): si es posible, posponerse los tratamientos profilácticos.

Seguimiento

- ☐ 1. Visita de seguimiento I (2 semanas después de la agresión).
- ☐ 2. Visita de seguimiento II (12 semanas después de la agresión).
- ☐ 3. Toda persona con trauma a no más tardar 7 días.

Informes de curaciones a personas heridas

Cualquier médico, cirujano o enfermera que practique una curación de una herida de bala, quemadura producida por pólvora o cualquier otra herida resultante del disparo de una escopeta, revólver, pistola o cualquier otra arma de fuego, y cuando tales casos sean tratados en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución similar, el administrador, superintendente o cualquier otra persona a cargo del mismo, deberá notificar tal caso inmediatamente a las autoridades policíacas de la ciudad o pueblo dentro de cuya jurisdicción se haya hecho tal curación. El dejar de hacer dicha notificación constituirá delito menos grave. -enero 19, 1951, Núm. 17, p. 427, art. 31, ef. 90 días después de enero 19, 1951.

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Salud
P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936
Tel. (787) 765-2285 (787) 756-0910/0920/0930 Fax (787) 765-7840

Consentimiento Para Toma de Fotografías

Fecha: _____

Yo, _____ (nombre paciente), autorizo
a (nombre institución) _____ por medio de el/la
doctor(a) _____ (nombre médico) o personal por
este (a) designado _____ (nombre personal designado)
a tomar fotografías de mí relacionadas a mi condición y mientras esté bajo el
cuidado de esta facilidad. Las fotos que sean tomadas serán parte de mi historial
médico y están sujetas a la misma reglamentación de confidencialidad. Las
mismas serán rotuladas con número de expediente, fecha y hora tomada, y por
quién fueron tomadas.

Firma de la/el paciente (firma del tutor si es menor de 18 años):

Téstitgo:

Nombre: _____

Firma: _____

Médico (a)/ Evaluador (a) Forense:

Nombre: _____

Firma: _____

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría Auxiliar de la Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Salud
P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936
Tel. (787) 765-2285 (787)756-0910/0920/0930 Fax (787) 765-7840

Consentimiento Para Evaluación y Toma de Evidencia

Yo, _____, por la presente autorizo al Hospital _____ de (sitio) _____ a proveer la atención necesaria para mi cuidado bajo la supervisión de la/el Dr (a). _____ y/o las/los ayudantes y asistentes que ella/él pueda seleccionar.

INICIO al lado dela premisa con al cual estoy de acuerdo:

☐ Autorizo la obtención la obtención de evidencia (historial, examen, fotos y muestras del examen médico) y las entreguen, con las copias del informe requerido, a las agencias gubernamentales relacionadas con la disposición legal del caso.

☐ Certifico que he leído o me han leído y entiendo este consentimiento, que se me hicieron todas las explicaciones que solicité y no tengo dudas al respecto.

Nombre Paciente/Representante Autorizado

Fecha _____ Hora _____ am, pm

Firma del Paciente

Nombre Profesional de la Salud

Fecha _____ Hora _____ am, pm

Firma de la/el Profesional

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría SAPCE
Departamento de Salud
P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936
Tel. (787) 765-2285 (787)756-0910/0920/0930 Fax (787) 765-7840

Protocolo de Intervención con Víctimas Sobrevivientes de Violencia Doméstica
Hoja de Comentarios/ Sugerencias

Fecha: _____

Institución/Agencia: _____

Dirección (787) _____
Teléfono

Profesional (nombre y funciones): _____

Uso que le da al protocolo (frecuencia y rol): _____

Sección del protocolo a referirse (tema y página): _____

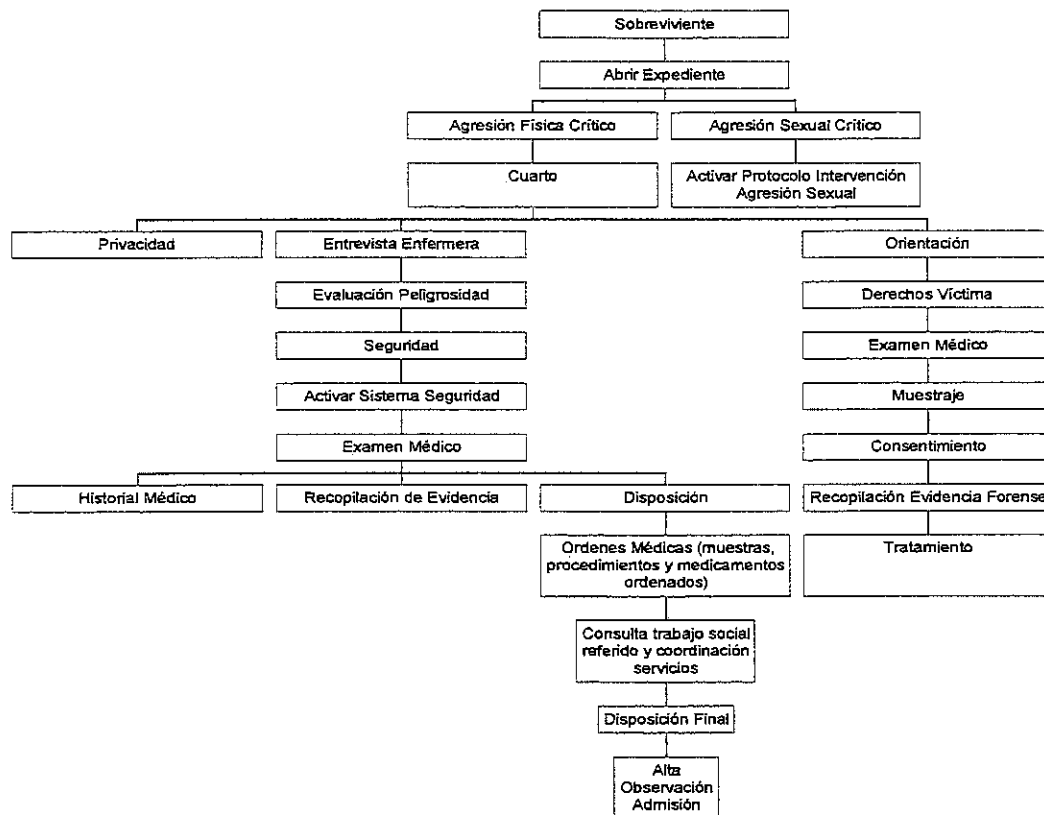
Comentarios/ Sugerencias: _____

Nombre/Firma

IMPORTANTE: Todo comunicado que recibamos será evaluado. Los mismos se tomarán en cuenta para enmiendas al protocolo en reedición, envío de anejos y/o comunicación directa con quien la envía de ser solicitado. Agradecemos toda colaboración para mejorar el instrumento.

Dra. María Rebecca Ward
Directora
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación

Modelo de Organigrama de Flujo de l@s Pacientes



***Todo caso deberá evaluarse individualmente y ejercer su juicio crítico.**

Trabajando con poblaciones con necesidades especiales

Diversidad cultural

Las mujeres maltratadas, mujeres de todas las razas, clases, etnias, edades, religiones, orientaciones sexuales y capacidades físicas deben tener acceso a la información y servicios necesarios para garantizar la seguridad. Sin embargo, lo que les hace sentir seguras y validadas difiere de cultura en cultura. A continuación se presentan algunas guías para mejorar su efectividad en el manejo de mujeres abusadas que pertenecen a culturas distintas a la suya.

Opresión racial: Los estereotipos que mantiene la cultura dominante en torno a las comunidades negras afecta el tipo de ayuda que puede esperar recibir la mujer. **Esto hace más difícil para la mujer negra escapar de situaciones abusivas.** Es necesario que examine sus propios estereotipos hacia otras personas y recordar que la mujer frente a usted es un individuo único.

Valores familiares y comunitarios: Cuando se trabaja con una mujer en particular es necesario saber cuáles son los roles familiares y sexuales a los cuales está acostumbrada en su comunidad. Esto incluye la percepción en torno al divorcio, el trato que se le da a las madres solteras y en qué medida el rol que asume la familia confronta o protege al agresor. En algunas comunidades se hace énfasis en mantener la familia unida. El divorcio y la separación no se reciben con agrado y usualmente se culpa a la mujer, quien puede ser marginada socialmente. El reto en estas situaciones es ayudar a la mujer para que comience a pensar sobre maneras de empoderarse en el contexto familiar y comunitario.

La violencia doméstica y mujeres inmigrantes: Si la mujer está temerosa, un intercesor puede consultar su caso con un abogado sin revelar la identidad de la mujer. Una orden de protección que le garantice la custodia y sostenimiento para sus hijos puede ser de gran ayuda, especialmente para mujeres que no desean terminar su matrimonio porque les preocupa su estatus residencia permanente condicionada. Una orden de protección también le ofrece documentación para cualquier procedimiento futuro de custodia, divorcio, criminal o de inmigración, la cual puede ser útil para una residente permanente condicionada al momento de solicitar un permiso para prescindir del requisito de solicitar en conjunto.

Las inmigrantes indocumentadas enfrentan quizás, la situación más temerosa y se les debe tratar con mucha gentileza. A menudo le aterroriza el que les deporten o se llame a la policía. Una mujer maltratada que solicita protección policiaca o solicitando una orden de protección, no debe ser cuestionada en torno a su ciudadanía, pero las inmigrantes indocumentadas pueden tener un miedo legítimo de llamar a la policía en lugares en los cuales se sabe que la policía verifica el estatus de inmigración o lugar de nacimiento, ella tiene el derecho a permanecer en silencio. Debe orientarse a la mujer de que una orden de protección no dañara el estatus del agresor si éste es indocumentado, a menos que éste violente la orden.

Adolescentes maltratadas: Las investigaciones recientes indican un vínculo entre abuso sexual infantil y preñez en la adolescencia. Las adolescentes que han sido víctimas en la niñez tienden a

envolverse en actividad sexual más temprano y están menos preparadas para el uso de contraceptivos que las menores que no han sido abusadas. Las adolescentes cuyas experiencias sexuales tempranas fueron coercitivas pueden tener dificultades estableciendo límites y diciendo “no”. Para complicar las cosas, el embarazo aumenta significativamente el riesgo de violencia en las relaciones de adolescentes. Sobre el 70% de las adolescentes embarazadas o criando son maltratadas por sus parejas.

Debido a la falta de experiencia, las adolescentes pueden ser particularmente susceptibles a la desigualdad de los roles sexuales promulgados por la sociedad, los cuales tienden a ser estereotipados y sobrecogedores. La socialización de las niñas tiende a reforzar su sumisión a los hombres. Esto ocurre en diferentes gradaciones en diferentes culturas. Esta socialización puede contribuir a la incapacidad de la niña para comprender que la actitud abusiva de su pareja está fuera de orden. El aislamiento que resulta del abuso les dificulta comparar su experiencia con la de otras mujeres. Las adolescentes lesbianas que se encuentran aún más aisladas por su orientación sexual, probablemente estarán más confundidas y resistentes a hablar sobre su relación abusiva.

El proveedor de servicios de salud enfrenta problemas especiales en el tratamiento de adolescentes maltratadas. Estas típicamente luchan por su independencia y están renuentes a retornar hacia figuras de autoridad en busca de ayuda. El temor a la posibilidad de que sus padres se envuelvan en la situación, puede llevarlas a evitar el tratamiento médico o a revelar las verdaderas causas de sus heridas.

Al igual que con cualquier mujer maltratada, reafirmele a la adolescente que ella definitivamente ha hecho lo correcto al buscar ayuda y que el abuso no fue su culpa. Apoye su motivación para salir adelante. Como los adolescentes no tienen control sobre lo que les ocurre, es importante convencerles de que no tienen que someterse al maltrato y al abuso. Educar a mujeres jóvenes sobre sus opciones y los recursos disponibles le ayudará a salir de la relación abusiva.

Respete los límites de la mujer. Si ella le indica que desea permanecer en la relación, no le digas que está mal, pero indíquele que esta preocupado (a) por su seguridad y ayúdale a ver los riesgos que enfrenta. Si ella te indica que necesita compañía, ayúdale a evaluar si está obteniendo eso de su pareja. Ayúdale además a darse cuenta de que cualquier excusa que el agresor da para la violencia (alcohol, drogas, estar fuera de control, ella le provocó) no son válidas. En Puerto Rico existen albergues para adolescentes embarazadas maltratadas los cuales pueden ser un recurso de ayuda. Las adolescentes maltratadas deben ser orientadas de que ellas pueden reportar la violencia y obtener una orden de protección al igual que cualquier adulto. (Si son menores de 18 años necesitarán que un adulto les acompañe cuando vayan a solicitar la orden de protección).

NOTA: La información en esta sección se refiere a adolescentes que están siendo abusadas por una pareja en el matrimonio o en citas, **no** por sus padres o cuidadores.

El Maltrato de Envejecientes

El aislamiento es frecuentemente un factor de riesgo para el abuso en envejecientes. Pueden estar incapacitadas para guiar o para utilizar transporte público, y algunas carecen de contactos sociales o familiares diferentes a aquellos que le agreden.

La confusión, la pérdida de memoria o incapacidad cognitiva puede surgir como resultado de la depresión, miedo excesivo y ansiedad causada por el abuso. Hay que tener cuidado de no asumir un diagnóstico de demencia sin haber tomado en cuenta todos los factores médicos y sociales.

Las envejecientes con frecuencia no admiten haber sido abusadas o tratadas con negligencia. Esto puede deberse a la negación de que el abuso actualmente está ocurriendo o por miedo a la venganza o al abandono por parte del agresor. Los envejecientes pueden temer que los dejen solos o institucionalizados. El sentimiento de culpa, al igual que con cualquier otra víctima, trastoca la autoestima y lleva al envejeciente a creer que de alguna manera se merece el abuso. La vergüenza también puede evitar que la envejeciente admita el abuso. Al proteger al agresor, protege el orgullo de su rol como esposa, madre, abuela, etc. Además, si el agresor sufre de demencia, la envejeciente puede negarse a denunciarlo por entender que el abuso se debe a la demencia y no a la intención. Sentimientos de indefensión pueden llevar a la envejeciente a creer que reportar el abuso no va a mejorar la situación. Los envejecientes desconocen la existencia de programas de ayuda.

Las mujeres envejecientes maltratadas pueden tener dificultad encontrando servicios apropiados. Necesitan ayuda especial que es posible que los albergues no puedan ofrecer. Para obtener ayuda en torno a cuál será el mejor referido a hacer puede llamar a la línea de ayuda de PES del Departamento de la Familia.

Para más información en torno a maltrato al envejecido, puede contactar la Oficina para los Asuntos de la Vejez al 787-780-1073.

Abuso de Personas con Incapacidades

“Incapacidad” cubre un amplio rango de dificultades físicas, emocionales, sensoriales, cognitivas y de comunicación. “Incapacidad” también abarca muchos tipos de condiciones de salud crónicas e incapacitantes que pueden no ser inmediatamente evidentes para el proveedor de servicios. Si un paciente se identifica con alguna incapacidad y solicita algún tipo de acomodo para facilitar su evaluación o tratamiento, debe respetarse su solicitud.

Las personas con incapacidades, tanto masculinas como femeninas, están en riesgo creciente de abuso. Este riesgo aumenta por su dependencia en sus cuidadores y en otros para el apoyo cotidiano. El abuso puede ocurrir en la casa o en una institución como en una vivienda grupal, en un asilo, en la escuela, u hospital.

Ejemplos comunes de abusos específicos con personas incapacitadas

Además de estar sujetos al mismo tipo de abuso físico, emocional, sexual, y económico que confrontan personas sin impedimento, los siguientes son tipos de abuso adicionales a los cuales se ven vulnerables las personas con impedimento.

Retención de apoyos que sostienen la vida, como:

- cuidado físico
- comida
- medicina

Restricciones físicas tales como:

- dejar encamado a alguien que no puede levantarse
- amarrar a una silla, cama o silla de ruedas
- forzar a una persona con movilidad a usar una silla de ruedas
- no permitir a la persona salir de la casa
- dejar sin atención a una persona cuando está en riesgo de hacerse daño
- forzar el uso de medicamentos, incluyendo tranquilizantes
- aislar a la persona de actividades externas y de la gente
- robar o retenerle dinero

Engañar:

- Ofrecer deliberadamente información incorrecta sobre salud u otros asuntos

Señales de abuso

Las siguientes son algunas señales comunes de abuso de personas con incapacidades, al igual que otra información que debe provocarle sospecha de abuso y motivarle a investigar más allá. La lista no es exhaustiva. La presencia de alguno de estos indicadores por sí solos, puede como puede que no sea un indicador de que ocurre abuso, por lo que es importante evaluar múltiples señales.

Durante su evaluación, observe las siguientes señales:

- depresión
- nerviosismo
- agitación
- golpes
- salpullido
- dolores
- ronchas
- pobre higiene

Su evaluación o contacto con la persona demuestra que:

- está sobremedicada
- persisten los síntomas a pesar de haber prescrito un tratamiento
- tiene dolores de presión
- frecuentemente pierde sus citas
- si tiene una incapacidad cognitiva o psiquiátrica, siempre va acompañada durante el proceso de evaluación o en las discusiones que normalmente se llevarían a cabo en privado con el paciente.

Discusiones con la persona, su cuidador u otra persona revela que la persona:

- nunca o raras veces sale de su casa
- no tiene dinero o no se le permite pagar a su manera
- se le grita frecuentemente, “enoja a su cuidador primario”
- vive en un lugar inaccesible
- si tiene problemas de audición, no tiene acceso a un aditamento para mejorar su audición o no se le permite su uso
- no va a la escuela, trabajo o no participa de actividades sociales
- tiene un cuidador que insiste en acompañarle, consistentemente contesta las preguntas por ella, o invalida su capacidad para comprender lo que se le está diciendo.
- no recibe la información transmitida por intérpretes
- carece de noción sobre su cuerpo o comprensión sobre las funciones del cuerpo
- no se le permite recibir medicamentos prescritos en el tratamiento
- está temerosa de la evaluación
- utiliza con frecuencia la sala de emergencias, pero no aparece para las visitas de seguimiento
- no se le permite tener una nueva silla de ruedas, aditamento para escuchar u otro equipo adaptativo necesario.
- el cuidador le culpa de los golpes, salpullidos, dolores, fracturas u otro problema de salud tales como infecciones vaginales, cortaduras o sangrados inusuales

Es importante conocer el cuidado personal y los arreglos de vivienda de personas con incapacidades para poder reconocer las señales de abuso y las barreras para reportar e intervenir. Algunas personas con incapacidades dependen de personas que atiendan su cuidado, cuidadores de salud en hogares, y voluntarios comunitarios que les proveen servicios en sus casas. Mucha gente con incapacidades dependen de su familia para su cuidado personal y para su sostén personal.

Los familiares abusivos por lo general seleccionan a una persona con incapacidad como sus víctimas cuando perciben que la persona es vulnerable y fácilmente manipulable. La persona por lo general tiene limitadas sus capacidades emocionales, cognitivas o de comunicación. **Por esta razón, las personas con retardación mental, incapacidades psiquiátricas, pérdida de audición y lesiones cerebrales son especialmente vulnerables.**

Referidos a albergues

Los albergues financiados por el gobierno tienen el requisito de ley de no discriminar con las personas que tienen incapacidades.

La Violencia en Relaciones Homosexuales

El maltrato ocurre entre homosexuales de la misma forma que ocurre en la comunidad heterosexual. A pesar de que las mujeres maltratadas por su pareja fémina experimentan el mismo dolor físico y emocional que mujeres abusadas por parejas masculinas, éstas enfrentan problemas únicos, ante los cuales los proveedores de servicios deben ser sensibles.

Si una mujer lesbiana que está siendo maltratada no ha dado a conocer su orientación sexual, estará bien resistente a discutir su relación con un proveedor de servicio de salud. Su pareja puede haberla amenazado con exponer su sexualidad si habla sobre el abuso y ella puede temer que como resultado pierda amigos, la custodia de sus hijos o el trabajo.

Encontrar un albergue seguro puede ser más difícil para una mujer lesbiana porque usualmente en los sistemas de albergue se les cree automáticamente a la mujer; a donde quiera que vaya la lesbiana maltratada, puede ir su pareja también. A veces resulta difícil para las mujeres que trabajan con mujeres maltratadas admitir que las mujeres pueden ser agresoras.

Los proveedores de servicios de salud necesitan identificar y evaluar cualquier prejuicio que puedan tener en torno a orientación sexual y estilo de vida. Cuando hables con una mujer sobre sospecha de abuso, no asuma automáticamente que ella está en una relación heterosexual o de que su agresor es un hombre. Pregúntele a la paciente sobre su pareja, en lugar de preguntar por su esposo o novio, hasta que se haya definido el sexo de la pareja. No asuma que cualquier acompañante femenina del paciente puede entrar con ella al área de tratamiento, dado que esta persona puede ser la agresora.

Debe permitirse el acompañamiento del paciente durante una entrevista o examen solo si el paciente se identifica con algún impedimento o solicita que la persona de cuidado personal o persona de apoyo le acompañe. Su deseo a ser acompañada debe corroborarse en privado para minimizar la posibilidad de que se sienta coaccionada por la persona que le acompaña.

Mujeres Maltratadas en Áreas Rurales

Las mujeres maltratadas de cualquier comunidad confrontan aislamiento, presión social para mantener unida la familia y sentimientos de desesperanza. Sin embargo, en comunidades pequeñas, rurales, donde los servicios son pocos y todos se conocen, estos sentimientos pueden complicarse mucho más.

Las nociones longevas de que la mujer debe permanecer al lado de su marido y de que una buena esposa ayuda a mantener la familia unida, se refuerzan en pequeños pueblos por una fuerte creencia de que los “asuntos familiares”-incluyendo maltrato y violencia- son un asunto privado. Como resultado, no solo la mujer maltratada guarda silencio sobre el abuso, sino que

siente la responsabilidad de mantener las cosas fluyendo o verse como un fracaso. Este miedo al fracaso se exagera cuando conoce que al publicar lo que le ocurre le convertirá en el tema de conversación del pueblo. Con mucha frecuencia el agresor es un miembro reconocido de la comunidad, puede ser un voluntario en la iglesia u ocupar una posición de poder como puede ser policía.

Las mujeres abusadas en el área rural pueden sentirse más aisladas por variadas razones. Muy a menudo el agresor puede desconectar el teléfono y llevarse el único carro, dejando a la mujer en casa sola con los niños. Aún cuando ella tenga acceso al teléfono, la comunicación confidencial puede ser imposible. Es posible además que la mujer esté imposibilitada de hacer llamadas larga distancia sin el conocimiento del esposo. El vecino más cercano puede estar a una milla de distancia y la transportación pública es limitada o inexistente. La mujer maltratada se convierte literalmente en una prisionera en su propia casa. Durante los episodios de maltrato sus gritos pueden no ser escuchados. Cualquier amistad que tenga probablemente dejará de llamar o de venir por miedo a mortificar al agresor. La disponibilidad de armas o de herramientas letales dentro de la vivienda rural pone en alto riesgo la seguridad de la mujer.

Si la mujer tiene el valor de buscar ayuda afuera encontrará barreras adicionales. Si es lo suficientemente afortunada de haber aprendido sus derechos legales o escuchado sobre albergues, aún tendrá que hacer los arreglos necesarios para conducirse ella y sus niños de una forma segura hasta el albergue, el cual puede estar a millas de ella.

El asunto de la confidencialidad es de extrema importancia en el área rural. Es importante tener en mente como la falta de anonimato para una mujer maltratada afecta su seguridad. Para poder proteger a las mujeres maltratadas y a sus niños de que el abuso continúe, debes investigar cuáles son los recursos locales, preguntar en torno a la sospecha de violencia y hacer los referidos necesarios, cuando sea apropiado.

Estándares de la JCAHO

Guías de Puntuación

Capítulo de “Servicios de Emergencia” Manual de Acreditación para Hospitales

Manejando víctimas de posible abuso y negligencia

Estándar

ER . 5 El cuidado del paciente del departamento de emergencia se conduce por políticas y procedimientos escritos.

Características requeridas

ER 5.1 Existen políticas y procedimientos escritos que especifican el alcance y la conducta del cuidado que se le debe brindar al paciente en sala de emergencia.

ER . 5 . 1 . 2 Las políticas y procedimientos en el Nivel I, Nivel II y Nivel III servicios/departamentos de emergencia, según sea apropiado, en el Nivel IV departamento/servicios de emergencias relacionados a al menos lo siguiente:

ER . 5 . 1 . 2 . 21 El manejo de adultos o menores víctimas de sospecha o alegado abuso o negligencia.

Intención: La intención del estándar es que el personal de sala de emergencia esté más alerta a la identificación y necesidades de víctimas de posible abuso y negligencia. Se requiere un plan para educar al personal apropiado sobre los criterios de identificación y los procedimientos para el manejo de niños, adultos y envejecidos víctimas de posible abuso o negligencia.

Puntuación 1: Se presenta un plan para el manejo de víctimas de abuso

ER . 5 . 1 . 2 . 21 . 1 Se desarrollan criterios para identificar posibles víctimas de abuso.

ER . 5 . 1 . 2 . 21 . 1 . 1 El criterio abarca al menos los siguientes tipos de abuso:

ER . 5 . 1 . 2 . 21 . 1 . 1 . 1 agresión física

ER . 5 . 1 . 2 . 21 . 1 . 1 . 2 violación u otra agresión sexual; y

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 1 . 1 . 3 abuso doméstico de envejecidos, cónyuges, parejas y niños.

Puntuación 1: (Auto explicativo) La presencia de ER . 5 . 1 . 2 .21 . 1 . 1 - ER . 5 . 1 . 2 .21 . 1 . 1 . 3 se usan para evaluar ER . 5 . 1 . 2 .21 . 1

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 Los procedimientos para evaluar los pacientes que cumplen con el criterio incluyen:

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 1 consentimiento del paciente;

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 2 evaluación y tratamiento

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 3 el papel del hospital en la recolecta, retención y cuidado de espécimen, fotografías, u otro material de evidencia obtenido del paciente.

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 4 como es requerido legalmente, la notificación y entrega de información a las autoridades pertinentes.

Puntuación 1: (Auto explicativo) La presencia de ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 1 - ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2 . 4 se usan para evaluar ER . 5 . 1 . 2 .21 . 2

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 3 Se mantiene en el departamento de emergencias una lista de las agencias comunitarias, privadas o públicas que proveen o canalizan evaluaciones o cuidados a víctimas de abuso y se hacen los debidos referidos.

Puntuación 1: Una lista está presente y existe evidencia de referidos que se han hecho en casos que lo ameritaban al identificar casos de abuso.

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 4 Los expedientes médicos incluyen documentación de las evaluaciones, tratamiento ofrecido, cualquier referido hecho a otro proveedor y a agencias comunitarias, y cualquier informe requerido por las autoridades pertinentes.

Puntuación 1: Los reactivos indicados en las características requeridas están documentados en el expediente médico

ER . 5 . 1 . 2 .21 . 5 Existe un plan para educar al personal apropiado sobre los criterios para identificar y los procedimientos para manejar a posibles víctimas de abuso.

Puntuación 1: Se presenta un plan que identifica el personal que debe ser educado en los criterios para identificar posible abuso y los procedimientos (médicos y

- legales) que deben seguirse. Ejemplos de la educación que debe obtenerse son:
- situaciones que deben ser reportadas según las leyes locales, institucionales, estatales y federales.
 - penalidades que aplican a los individuos y facilidades que no reportan
 - salvaguardas (si alguno) para el personal que reporta
 - requisitos para mantener la cadena de evidencia
 - qué constituye abuso, incluyendo evaluación física de señales de abuso y evaluación psicológica de señales de abuso
 - técnicas de intervención; cómo obtener trasfondo informativo e historial
 - respuesta a las necesidades de la persona (físicas y psicológicas).

Las mismas guías aplican a los estándares del capítulo de “Servicios de cuidado ambulatorio subvencionado por hospitales”.

Apéndice E:
Responsabilidades de los Proveedores de Salud bajo el
Acta de Americanos con Impedimentos (ADA)

A partir del 26 de enero de 1992, las acomodaciones públicas no pueden discriminar contra individuos con incapacidades. Las acomodaciones públicas deben:

Proveer ayudas auxiliares y servicios a individuos con incapacidades visuales y auditivas o a otros individuos con otras incapacidades, a menos que resulte en una carga onerosa. Ejemplos de ayudas y servicios auxiliares incluyen: intérpretes cualificados, equipo de escucha asistida, anotadores, y material escrito para personas con problemas de audición, y lectores cualificados, textos grabados, braille o materiales impresos en letra grande para personas con dificultades visuales.

Remover las barreras físicas en las facilidades existentes, si es posible removerlas. Si no, se deben ofrecer métodos alternos de brindar el servicio, si es posible gestionarlos.

Asegurarse de que toda nueva construcción o alteración de las facilidades sean accesibles.

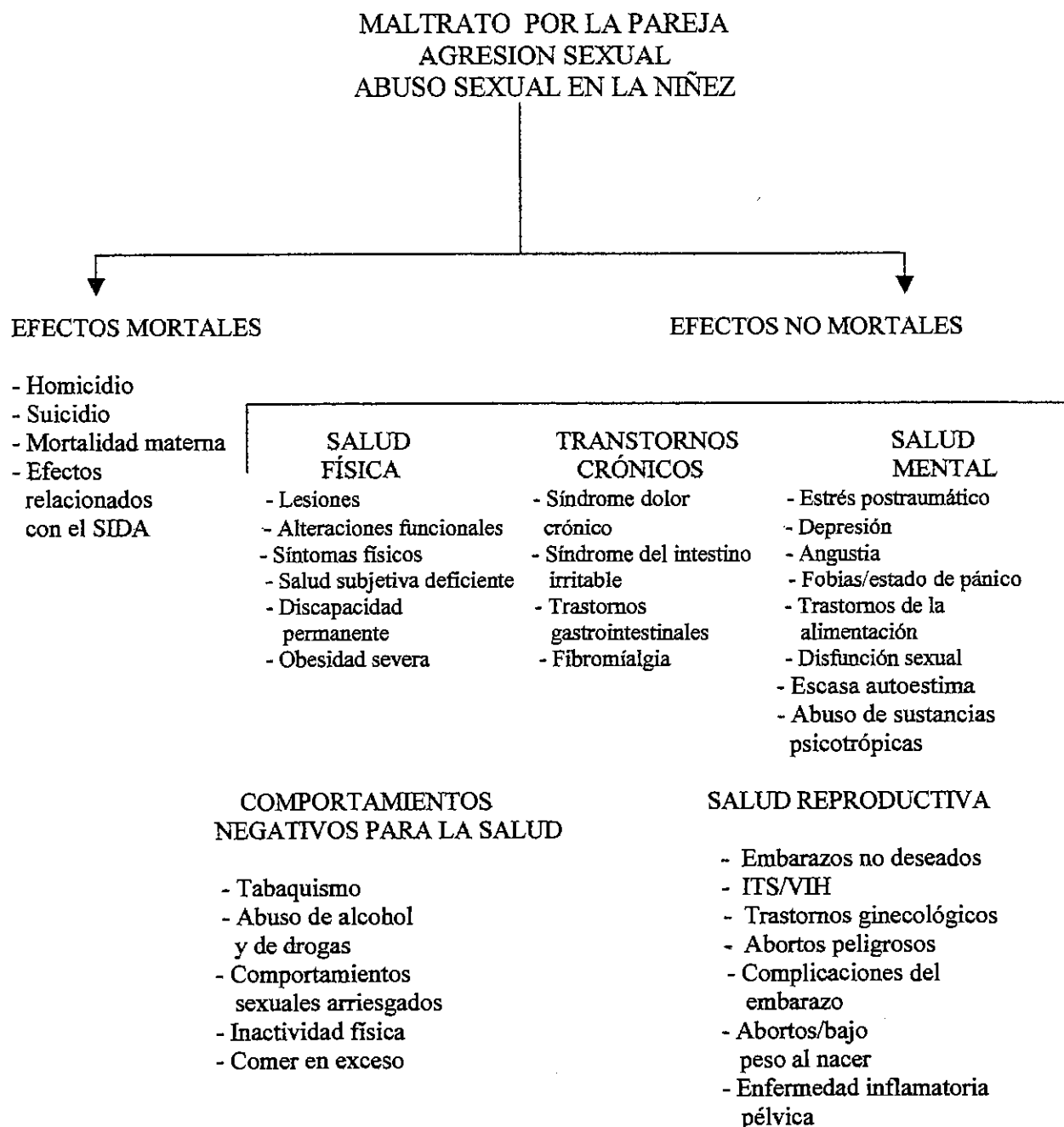
“Realmente alcanzable” tal y como se usa en la ADA, significa “fácil de lograr y capacidad para llevarlo a cabo sin mucha dificultad o gasto”.

Los negocios tienen derecho a beneficios contributivos que les ayuden a cumplir con ADA. Para más información, contactar al Internal Revenue Service.

Las agencias que reciben fondos federales o contratan con el gobierno para proveer servicios deben garantizar el acceso a los programas, sin importar si es “realmente alcanzable”. Para más información sobre estas restricciones, contactar la Oficina del Procurador de la Persona con Impedimento.

(Traducido y adaptado del “Identifying and Treating Battered Adult and Adolescent Women and Their Children: A Guide for Health Care Providers”, Massachusetts Department of Public Health, 1992)

Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud



Información tomada del Informe Mundial de Violencia, Organización Mundial de la Salud, Génova 2003



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

REGISTRO MENSUAL DE EVALUACIONES DE CASOS DE VIOLENCIA DOMÈSTICA

Fecha : ____ / ____ / ____
Mes Año

Hospital: _____ Pueblo: _____

Número de Record	Fecha de la evaluación (día/mes/año)	Número de kit (si el mismo fue utilizado)	Tipo de Agresión ¹ (Coloque el número correspondiente al delito)	Edad	Género (M/F)

1. Números correspondientes al Tipo de Agresión: (Coloque el número correspondiente al tipo de agresión en la columna):

3.1 Maltrato Físico

3.2 Maltrato Agravado (agresión ocurrió en un albergue, o hubo grave daño físico, o uso de arma, o en presencia de menores, u obligada a ingerir sustancias controladas, o habiendo orden de protección previa o simultaneo a maltrato de un menor)

3.3 Maltrato Mediante Amenaza

3.4 Maltrato mediante Restricción de Libertad

3.5 Agresión sexual conyugal (cónyuge, ex cónyuge, persona con quien cohabita o haya cohabitado, con quien haya procreado hijos)

Preparado por: _____

Nombre en letra de molde

Posición / Puesto: _____

Firma

Instrucciones:

1. Completar este formulario mensualmente y enviarlo dentro de los primeros diez (10) días del mes al CAVV. (Puede enviarlo a la Oficina del CAVV que le corresponde a su hospital: San Juan, Arecibo, Caguas, Fajardo, Mayagüez o Ponce.
2. En los meses en que no se atiendan situaciones de violencia doméstica, indique en la hoja "No se atendieron situaciones durante este mes" y envíela al CAVV.
3. Mantenga copia de los informes enviados en el área de la sala de emergencia.
4. Utilice sólo este formulario y complételo en todas sus partes (no deje áreas en blanco. Si no tiene la información solicitada indíquelo así en el mismo formulario.

Si tiene alguna pregunta, duda o comentario con relación a este informe puede comunicarse con la Dra. María Rebecca Ward, Directora del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Teléfonos: (787) 765-2285, (787) 474-2028, 1-800-981-5721 (libre de cargos)
Dirección: PO BOX 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184.