

MEJORANDO LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA FAMILIAR: Manual para Facilitadores

Autora:

Anne L. Ganley, Ph.D.

Autores contribuyentes:

John Fazio, R.N., M.S.

Ariella Hyman, J.D.

Lisa James, M.A.

Anita Ruiz-Contreras, R.N., M.S.N., C.E.N.

Traducido y adaptado por:

Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C. (ACASAC)

Carretera a Chamula N° 108, Barrio La Quinta San Martín, C.P. 29247,
San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Teléfono: 9-67-67-47079

Producido por:

Family Violence Prevention Fund
383 Rhode Island Street, Ste. 304,
San Francisco, CA 94103

Teléfono: 415-252-8900,

Fax: 415-252-8991

E-mail: info@endabuse.org

<http://www.endabuse.org>

Permiso para imprimir y adaptar:

Se otorga el permiso para imprimir o adaptar el contenido de esta publicación con permiso del Family Violence Prevention Fund (Fondo de Prevención de Violencia Familiar), cualquier adaptación o impresión debe ser acompañada por un crédito al Family Violence Prevention Fund y su autor. "Este material fue adaptado de la publicación titulada Mejorando la Respuesta del Sistema de Salud Hacia la Violencia Familiar: Manual Para Facilitadores, producido por el Family Violence Prevention Fund."



**MEJORANDO LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD
HACIA LA VIOLENCIA FAMILIAR:
Manual para Facilitadores**

INDICE

		Pagina
Módulo I	Violencia Doméstica y Victimización: Un Problema de Atención Primaria de Salud	3
Módulo II	Violencia Doméstica: Competencia Cultural en los Servicios de Salud	40
Módulo III	Violencia Doméstica Estrategias para la Detección Universal, Evaluación, Intervención y Documentación en Registros Clínicos	74
Módulo IV	Violencia Doméstica, Sesión de Aplicaciones Prácticas	110
Módulo V	Violencia Doméstica: Aspectos Legales Para Proveedores de Servicios de Salud	141
Módulo V – Parte 2	RECURSOS COMUNITARIOS PARA VICTIMAS Y PERPETRADORES DE VIOLENCIA DOMESTICA	160

MODULO UNO
VIOLENCIA DOMESTICA
LA VICTIMIZACION: UN ASUNTO PRIMARIO DE SALUD
POR ANNE L. GANLEY, PH.D.

TIEMPO ASIGNADO: 90 MINUTOS

METAS Y OBJETIVOS

1. Establecer que la violencia doméstica es un asunto primario de salud que enfrentan las usuarias, sus familias y los prestadores de salud.
2. Corregir la desinformación sobre la violencia doméstica que típicamente impide la aplicación de respuestas efectivas por parte de los profesionales de salud, así como presentar la definición y las causas de la violencia doméstica, al igual que los asuntos concernientes al agresor y a la víctima.
3. Ilustrar la importancia de desarrollar e implementar respuestas culturalmente apropiadas a las víctimas de violencia doméstica.
4. Brindar ejemplos breves y concretos de cambios en los enfoques de los prestadores y sistemas de salud que puedan ser realizados para mejorar la respuesta a las víctimas de violencia doméstica.
5. Motivar a los profesionales de salud a que mejoren su respuesta a las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.

TIPS PARA EL ENTRENAMIENTO

1. Formato del capítulo:

El material de la presentación y las actividades están en un formato de resumen y escritos en negrita y en fuente regular. Las instrucciones para el facilitador están marcadas con un icono y escritas en cursiva. Las actividades interactivas están dentro de recuadros.

2. Lecturas preparatorias específicas.

El contenido del Módulo Uno está basado principalmente en los materiales del Manual de Recursos, especialmente la introducción y el Capítulo Uno y las Guías de Competencia Cultural en el apéndice A del Manual de Recursos.

3. El contenido de este módulo está diseñado para durar 90 minutos.

El material necesitaría ser reestructurado para una sesión más corta o más larga. Si usted no cuenta con 90 minutos para enseñar esta sección, entonces usted puede dividir el Módulo Uno en dos secciones de 45 minutos cada una.

Para presentaciones más cortas (tales como mesas redondas) puede restar 40 minutos del material y dele a los participantes una lista de artículos o una copia de un artículo general (como por ejemplo el Capítulo Uno en el Manual de Recursos) que cubra todos los puntos de esta presentación.

Este es el módulo en que es más tentador condensar el material al hablar más rápido o reducir el tiempo de interacción del participante. Aún así, es durante la presentación de las dinámicas de la violencia doméstica cuando es más probable que escuchemos los conceptos erróneos sobre violencia doméstica, víctimas y agresores, las cuales llevan a una práctica deficiente. El permitir un espacio de tiempo para que los participantes hagan preguntas durante la presentación, crea oportunidades para corregir esos conceptos erróneos.

4. Prepare casos de ejemplos específicos para los participantes.

Los ejemplos deberán abordar:

- El ambiente de salud de la audiencia
- Una variedad de aspectos de salud
- Una diversidad en la cultura tanto de la usuaria como del prestador de servicios
- Una variedad de estilos interpersonales de las usuarias y
- Una variedad de respuestas efectivas por parte de los prestadores de salud.

5. Permita 2-3 comentarios de los participantes al final de cada sección importante: la definición de violencia doméstica, causas de la violencia doméstica y asuntos relacionados con el agresor y la víctima.

Responda las preguntas de forma breve. Evite dedicarle mucho tiempo a una pregunta o tema puesto que necesita cubrir todo el material, concluya con un resumen de sugerencias concretas para mejorar la práctica clínica. Llame a diferentes participantes a lo largo del entrenamiento.

6. Prepare sus transparencias/acetatos.

Familiarícese con el equipo audiovisual o consiga asistencia técnica. Anote en su resumen cuando necesita cuando usará el material audiovisual y cuando necesita apagar el equipo. A veces, en el curso de la presentación perdemos conciencia de la tecnología y olvidamos que el equipo puede distraer a la audiencia. También anote en su resumen hasta que punto desea informar a la audiencia que se brinda un resumen de los acetatos.

7. Use citas escuetamente mientras presente el material.

Puesto que esta presentación se basa en el trabajo de mucha gente a través de muchos años, es a menudo difícil decidir qué información necesita citarse y cuál no. Es útil el hacer referencia al cuerpo de conocimientos que forman la base de la presentación.

Los participantes apreciarán si les brinda información sobre material adicional o fuentes de Internet para futura referencia. Las citas y el material de referencia pueden incluirse en un resumen y luego hacer alusión al mismo durante la presentación.

8. Seleccione los resúmenes apropiados.

Los resúmenes recomendados aparecen al final del módulo. Algunos necesitan ser localizados por el facilitador. Usted no tiene que leer o presentar cada punto de los

materiales de resumen. Seleccione solamente los puntos principales que quiera cubrir y remita a los participantes al resumen para los demás puntos.

PRESENTACION:

LA VICTIMIZACION EN LA VIOLENCIA DOMESTICA: UNA CUESTION DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

I. INTRODUCCION (5 minutos)

→ **Nota para el facilitador:** remita a los participantes al manual #1-1 y/o la transparencia #1-1, la cual contiene estadísticas para las secciones A-C. Quizás quiera desarrollar su propio resumen de estas estadísticas para mantener el entrenamiento actualizado y localizado.

A. La violencia doméstica es un problema generalizado.

→ **Nota para el facilitador:** brinde cualquiera de las estadísticas locales, estatales o nacionales sobre violencia doméstica para ilustrar la magnitud del problema.

1. Número de llamadas de emergencia a la policía y/o número de mujeres que se atienden en el ministerio público.
2. Número de arrestos, homicidios, denuncias y arrestos locales.
3. Número de mujeres que se atienden en servicios de atención a víctimas a nivel local.

→ **Nota para el facilitador:** vea el resumen #1-1 y /o el Manual de Recursos, la introducción, para estadísticas muestra.

B. La violencia doméstica tiene un gran impacto en la salud de las víctimas y sus hijos.

→ **Nota para el facilitador:** use estadísticas nacionales del Manual de Recursos, la introducción y/o el resumen #1-1, para ilustrar la extensión y la frecuencia de las consecuencias en la salud.

C. Las víctimas de violencia doméstica acuden a su sistema de salud por ayuda para alivio de las lesiones y/o otros daños a la salud consecuencia de la conducta abusiva de sus parejas.

→ **Nota para el facilitador:** *el usar tanto el Manual de Recursos, la introducción o la información local, el resumen #1-1, brinda estadísticas que indican la presencia de las víctimas el sistema de salud, que sea específico para el escenario de salud del participante (tales como atención primaria, dental o urgencias).*

1. Para algunas víctimas, su primer o único intento de obtener ayuda, está relacionado con los prestadores de servicios de salud, en vez de la policía o los servicios de atención a mujeres maltratadas.
 - a) Algunas víctimas pueden no estar listas para reconocer que necesitan ayuda legal o de servicios de atención a mujeres maltratadas.
 - b) Otras no usan estos servicios especializados debido a que el sistema legal y los servicios de atención a mujeres maltratadas pueden no ser recursos accesibles o apropiados por cuestiones individuales o culturales. Los ejemplos incluyen:
 - Las víctimas de determinadas comunidades étnicas quienes consideran que la violencia es algo natural, no consideran la policía como recurso.
 - Las víctimas no tienen información sobre los centros de atención para estos problemas.
 - La falta de acceso y mala atención que reciben del sistema legal.
 - Aquellas víctimas cuyos agresores no les permiten hablar con nadie más que con los prestadores de servicios de salud.
2. Para otras víctimas las agencias religiosas o los servicios para víctimas son los puntos iniciales de contacto preferido. De esta manera, estas agencias pueden ayudar a las víctimas a acceder a los prestadores de servicios de salud.

D. Para que los sistemas de salud respondan de forma más efectiva y sean parte de una respuesta comunitaria coordinada, los prestadores de servicios de salud necesitan entender:

1. las dinámicas de la violencia doméstica, incluyendo:

- a) La naturaleza del problema y su impacto en la salud,
- b) Las causas,
- c) Los agresores
- d) Las víctimas

2. Los contextos culturales de la violencia doméstica y de la salud.

Los prestadores necesitan estar consientes de la manera en que la(s) cultura(s) puede(n) influenciar el entendimiento de la usuaria o del prestador de servicios, así como sus actitudes recíprocas y la habilidad del prestador para tratar a la usuaria.

3. La mayoría de las veces, una mala interpretación de uno o más de estos aspectos puede disminuir nuestra efectividad hacia las usuarias.

—> **Nota para el facilitador:** inserte una ilustración del punto anterior con algo que el facilitador haya experimentado, por ejemplo:
“una vez le respondí a un usuario, quien era una víctima de violencia doméstica... {inserte el error}... porque no sabía que... {inserte la mala interpretación que alguna vez tuvo acerca de la violencia doméstica o cuestión cultural}...”

METODOS ALTERNATIVOS DE ENSEÑANZA

Para la opción A, B o C, brinde un resumen de una página que demuestre las consecuencias en la salud de la violencia doméstica con los datos que apoyen la información. Cree su propio caso o adapte el caso ejemplo que se encuentra en el apéndice A y B del Manual del Facilitador.

OPCION A

Abra la sesión presentando 2 o 3 casos ejemplos. Use los mismos ejemplos durante la presentación, pero básiense en los detalles a manera que avance en vez de brindarlos al principio.

1. Comience la sesión describiendo brevemente 2 o 3 casos diferentes de víctimas de violencia doméstica en el sistema de salud (1 minuto cada uno). De solamente la información que ilustre los puntos de la sección I. A-D (por ejemplo: la violencia doméstica esta muy extendida, tiene consecuencias graves en la salud, sus víctimas están presentes en una variedad de ambientes de salud y es importante entender la violencia doméstica y su contexto cultural.
2. Pase directamente de los casos ejemplo a su presentación de los puntos principales de la sección I. A-C.
3. Concluya con el punto D de la sección I, sobre como las percepciones erróneas de la violencia doméstica o su contexto cultural pueden llevar a una practica poco efectiva. Discuta error cometido en uno de los casos ejemplo que haya mencionado.

En secciones posteriores del Módulo Uno, puede retomar estos mismos casos ejemplo y agregar información que sean relevantes para enseñar los conceptos adicionales del módulo, tales como la diversidad entre víctimas (raza, clase social, orientación sexual, edad, etc.) y la variedad de presentaciones interpersonales en los ambientes de salud (dispuesto a hablar del asunto, hermético, furioso, deprimido, etc.)

OPCION B

1. Comience la sesión con 2 o 3 casos ejemplo (1 minuto cada uno). Use los mismos casos ejemplo durante el módulo, pero durante esta presentación inicial describa todos los detalles del caso concernientes a todos los conceptos que se presenten a lo largo del Módulo Uno.
2. Después presente los puntos A-D de la sección I, haciendo referencia a aquellos detalles concernientes a los puntos A-D de la sección I. En las secciones posteriores de la presentación, hará referencia de aquellos detalles del caso que sean relevantes para la sección en particular.

OPCION C

Abra la sesión con un vídeo de 3 minutos o una presentación de acetatos que muestren varias víctimas de violencia doméstica con una variedad de consecuencias de salud. Tome a continuación dos minutos para presentar los puntos A-D de la sección I.

Los videos o acetatos pueden hacerse usando fotografías, encabezados del periódico o partes de otros videos (por ejemplo de un noticiario o de un documental)

Vea el apéndice Q en el manual de recursos para una lista de videos sobre violencia doméstica en el ambiente de salud.

Recuerde usar el mismo criterio al desarrollar las presentaciones visuales que usará para cualquier caso ejemplo. (por ejemplo, estos deben reflejar la diversidad cultural, etc.)

Este tipo de presentación (videos/acetatos) no es un vídeo de entrenamiento. El segmento de vídeo no debe mostrar a “expertos” hablando sobre el tema, en vez de eso deberá brindar un panorama visual (y/o auditivo) de la violencia doméstica en el sistema de salud. Tales segmentos o pedazos son para hacer un poco más vivida la presentación didáctica del facilitador.

II. DEFINICION CONDUCTUAL DE VIOLENCIA DOMESTICA (15 minutos)

→ **Nota para el facilitador:** use la transparencia # 1-2 y remita a los participantes a la primera mitad del resumen # 1-2.

La violencia doméstica es:

Todo acto de violencia que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la privada.

- Todo acto de violencia
- que resulte en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad.

A. Comentarios sobre elementos clave de la definición.

1. Definición conductual vs definición legal.

- a. En salud, se usa una definición conductual de la violencia doméstica más que una legal puesto que es más comprensible y más relevante para el cuidado clínico.
- b. Las definiciones legales pueden diferir de esta definición conductual, así también las definiciones legales pueden variar entre jurisdicciones.

A veces es útil estar al tanto de las definiciones legales en tu comunidad ya que algunas usuarias que hayan tenido contacto con el sistema legal estén utilizando esa definición en lugar de la conductual.

→ **Nota para el facilitador:** los facilitadores deberán conocer la definición legal de violencia doméstica de la comunidad y proporcionar quizás un resumen con esa definición. Así mismo, si planea presentar el módulo cinco posteriormente, remita a los participantes a ese entrenamiento futuro sobre recursos legales.

2. La violencia doméstica tiene lugar en las relaciones: entre adultos o adolescentes; homosexuales, lesbianas o heterosexuales; de unión libre o matrimonio y actuales o pasadas.

3. La violencia doméstica es un patrón de:

- Múltiples tácticas (físicas, sexuales, psicológicas y económicas), y/o
- Múltiples episodios a través del tiempo,
- Que incluye además un rango de tácticas: algunas dañinas, otras no; algunas criminales, otras no.

Puede existir una gran variedad en el patrón del agresor a través del tiempo al igual que existen variaciones entre abusadores.

4. La violencia doméstica consiste en una combinación de ataques físicos, actos terroristas y tácticas controladoras que pueden resultar en temor así como en daño físico y psicológico a las víctimas y a sus hijos.

5. La violencia doméstica establece una dinámica de poder y control en la relación.

B. Lista de Conductas Abusivas¹

¹ Algunos instructores quizás prefieran usar la Rueda del Poder y el Control en esta parte. Ver el resumen #1-3

→ **Nota para el facilitador:** muestre a los participantes la transparencia #1-3 sobre conductas abusivas y/o remítalos a la segunda mitad del resumen #1-2. Describa brevemente cada categoría de la Lista de Conductas Abusivas, centrándose en los ejemplos conductuales de los actos abusivos del agresor. No brinde casos ejemplo enteros con información sobre la víctima, el ambiente de salud, etc. En esta sección, el énfasis debe estar en enseñar la definición conductual de violencia doméstica, en lugar que en otras cuestiones relacionadas.

1. Físicas.

Escupir, pellizcar, sacudir, agarrar, aventar, empujar, arrojar al suelo, golpear con la mano abierta, golpear con el puño, encerrar, impedir el escape, ahogar, golpear con objetos, pegar, patear, usar armas, quemar, controlar el acceso de la víctima a recursos de salud, etc.

2. Sexuales:

Presionar continuamente para tener relaciones sexuales, obligar a tener relaciones sexuales a través de una variedad de tácticas, forzar a tener sexo frente a otras personas, forzar a tener sexo con niños o terceras personas, forzar físicamente o lastimar sexualmente a la víctima, etc.

3. Psicológicas:

Actos violentos contra los hijos u otras personas para controlar a la pareja; amenazas de violencia contra las víctimas, otras personas, o a sí mismo; intimidación a través de ataques a las mascotas o la propiedad; gritar; agredir verbalmente, minimizar, humillar, maldecir, insultar, acechar; controlar las actividades de las víctimas; aislar a la víctima; controlar a la víctima con su estatus migratorio; Controlar el acceso de la víctima a recursos (de salud, medicinas, automóvil, amigos, escuela, trabajo, cuidado de los hijos, etc.); Abuso emocional; forzar a la víctima a hacer cosas degradantes; controlar el horario de la víctima, incluyendo citas médicas, etc.

4. Económicas.

Retener fondos, gastar el dinero de la familia, tomar la mayoría de las decisiones financieras, no contribuir económicamente al gasto familiar, controlar el acceso de la víctima a seguros de salud, etc.

5. Uso de los hijos para controlar a una víctima adulta.

Secuestrar a los hijos; Abuso físico y sexual de los hijos; forzar a los hijos a participar en el abuso físico y psicológico de la víctima adulta; pleitos por la custodia; visitar a los hijos para vigilar a la víctima adulta, etc.

C. RESUMEN

La violencia doméstica consiste en una variedad de actos llevados a cabo en múltiples episodios donde el agresor utiliza la fuerza física o las amenazas para dañar o intimidar y controlar a la víctima.

Quizás vea o escuche hablar de lesiones de un incidente, mientras que la víctima de violencia doméstica está enfrentándose no solamente a ese incidente, sino también con el historial de incidentes pasados y al temor de incidentes futuros.

→ **Nota para el facilitador:** comience una discusión breve usando una de las siguientes actividades interactivas:

ACTIVIDAD INTERACTIVA

OPCION A

Pídale a los participantes que usen la definición y que después mencionen 2 o 3 ejemplos de violencia doméstica física de la que hayan escuchado en su práctica como prestadores de servicios de salud.

Si los participantes mencionan una táctica no física, subraye la categoría apropiada en la Lista de Conductas Agresivas, después continúe solicitando ejemplos de abuso físico.

Mantenga el énfasis en el abuso físico en este punto de la presentación por varias razones:

- Las tácticas físicas son más fáciles de identificar como violencia doméstica por parte de la audiencia.
- Algunos prestadores no pueden identificar la magnitud de lo que un agresor hace físicamente.
- Algunos prestadores no pueden entender la conexión que existe entre el uso de amenazas o la fuerza física y las otras tácticas de control.

Este ejercicio sobre abuso físico le brinda a los participantes un lugar para fundamentar los conceptos que han escuchado en las discusiones sobre definiciones.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

OPCION B

Pregunte al grupo si tiene alguna pregunta sobre las definiciones que han discutido. Escoja una o dos. Trate de mantener la atención del grupo únicamente en cuestiones relacionadas con las definiciones.

III. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

(15 minutos)

→ **Nota para el facilitador:** remita a los participantes al resumen #1-4 causas de la violencia doméstica y/o la transparencia #1-4.

A. La violencia doméstica (el patrón de conductas agresivas y coercitivas) es una conducta aprendida.

1. Se aprende al observar a otras personas que usan estas tácticas de poder y control, es aprendida al usar dichas tácticas y al reforzarlas.

- a) No es algo con lo que se nazca y tampoco es una enfermedad que se contraiga.
- b) La violencia y las tácticas coercitivas son usadas porque frecuentemente funcionan, al menos temporalmente o una parte del tiempo. Los agresores usan

estas tácticas y muy frecuentemente no se les hace responsables de su conducta, por lo tanto, lo siguen haciendo.

2. La violencia doméstica se aprende en la familia, en la comunidad y en la sociedad.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Brinde o solicite que los participantes den ejemplos de cómo la violencia doméstica:

- Se aprende a través de un modelo (como un niño que ve el abuso en casa o una persona que ve el abuso hacia la pareja a manera de entretenimiento en la televisión o en la publicidad).
- Es reforzada por las respuestas inapropiadas de parte de las instituciones, incluyendo a la policía, los medios informativos, la iglesia o el sistema de salud. (por ejemplo, víctimas a las que se les dice que la única solución es rezar más, usuarias en los cuales no se realiza la detección de la violencia doméstica, preguntarle a la víctima que fue lo que hizo para que el agresor abusara de ella).

Es de utilidad brindar un ejemplo de salud y otro que no lo sea.

B. La violencia doméstica no es causada por:

→ **Nota para el facilitador:** use la transparencia #1-4 y/o remita a los participantes al resumen #1-4, las causas de la violencia doméstica. Cuando revise las causas, enumere cada una y haga un comentario breve sobre ellas.

Para preparar esta sección, use el Manual de Recursos, Capítulo Uno, Sección II, para identificar un punto para cada categoría #1-6. Los prestadores de salud están particularmente preocupados por la relación que existe entre la violencia doméstica y las enfermedades, el alcohol, las drogas y el comportamiento de la víctima.

Como facilitador, usted puede escoger los puntos que quiera usar para refutar malentendidos acerca de las causas de la violencia doméstica. Existe más de un buen punto para cada cuestión relacionada con las causas. Cuando se tiene el tiempo limitado, los facilitadores deberán escoger los puntos más relevantes para los participantes. Esta sección deberá ser cubierta de forma rápida y breve. Los facilitadores solamente introducen una reflexión crítica de los malos entendidos que se tienen sobre la violencia doméstica.

1. La genética:

No existe un gene que cause que la gente sea abusiva con su pareja. Los agresores no nacen para abusar.

2. Enfermedad:

Mientras que ciertas enfermedades como el Alzheimer y la sicosis pueden ocasionar conductas agresivas en algunos usuarios, el patrón complejo de conducta agresiva y coercitiva que hemos identificado como violencia doméstica es algo que se aprende, no de origen patológico. La violencia de origen patológico es usualmente fácil de distinguir de la que se aprende porque está acompañada de síntomas adicionales propios del padecimiento (por ejemplo: cambios en el caminar o en la forma de hablar). En la violencia de origen patológico no hay una víctima en especial para el abuso.

3. Alcohol y/o drogas

Las investigaciones indican que no existe una relación de causa entre el uso de alcohol y/o drogas y la conducta violenta y de hecho, existe un amplio número de respuestas interpersonales a la influencia de sustancias. A pesar de que para algunas personas puede coincidir el uso de drogas con la aparición de problemas de violencia doméstica, el alcohol y las drogas no causan la conducta abusiva.

Cuando estos problemas ocurren al mismo tiempo, es importante identificar a cada uno como un problema diferente y desarrollar un tratamiento que se ocupe de ambos problemas.

4. Estrés y/o enojo

Una vez más, el usar un modelo simple de estrés o enojo como causa de la violencia doméstica ignora el hecho de que muchos individuos quienes sufren de estrés o enojo no abusan de sus parejas íntimas. Lo cierto es que los agresores también usan tácticas de agresión y coerción aún cuando no están enojado ni con estrés.

5. Conducta fuera de control

Al estudiar la Lista de Conductas Abusivas o la Rueda del Poder y del Control, podemos observar que los agresores utilizan tácticas (como acechar) con un amplio grado de conciencia y organización de pensamiento. Los agresores siguen sus propias reglas sobre cuándo, dónde, cómo y contra quién dirigir su abuso. Esta no es una conducta fuera de control, a pesar de que los agresores hablan de “perder el control” o “pasarse de la raya.”

6. Conducta de la víctima o problemas en la relación

Las víctimas son maltratadas lo mismo si cumplen o si se resisten a las demandas del agresor. Las investigaciones indican que la conducta de la víctima no parece tener impacto alguno en la conducta abusiva del agresor.

—> **Nota para el facilitador:** vea el Capítulo Uno del Manual de Recursos para más detalles y citas sobre el fondo de cada punto.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Deténgase y atienda 2 o 3 preguntas de los participantes sobre qué causa y qué no causa la violencia doméstica.

IV. ENTENDIENDO LA VIOLENCIA DOMESTICA

AGRESORES Y VICTIMAS

(10 minutos)

A. Experiencia personal con la violencia doméstica

—> **Nota para el facilitador:** lo siguiente es un ejercicio para sensibilizar a las usuarias sobre:

- La cantidad de experiencia individual que hayan tenido con la violencia doméstica
- Cómo esa experiencia puede incrementar su sensibilidad y/o llevar a estereotipos acerca de víctimas o agresores y
- Cómo usar una definición conductual de la violencia doméstica al valorarla.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

INSTRUCCIONES DEL FACILITADOR PARA LOS PARTICIPANTES: DOCUMENTO MUESTRA

Voy a hacerles una serie de preguntas, las cuales quiero que contesten levantando la mano. Durante el ejercicio vean a su alrededor y noten la reacción de sus compañeros.

1. Primer grupo de preguntas.

Responda las siguientes preguntas usando la definición conductual de violencia doméstica.

- ¿Cuántos de ustedes, en su papel de prestador de servicios de salud, han hablado con una víctima de violencia doméstica sobre el abuso?
- ¿Cuántos de ustedes, en su papel de prestador de servicios de salud, han hablado con un agresor sobre el abuso?

2. Segundo grupo de preguntas.

Usando la definición conductual otra vez, contesten estas preguntas:

- ¿Cuántos de ustedes, en sus interacciones no laborales (con la familia, los amigos, conocidos y con aquellos que te brindan algún servicio: mecánico, agente de seguros, estilista, etc.) han hablado con una víctima de violencia doméstica sobre el abuso?
- ¿Cuántos de ustedes, en dicho ambiente no laboral han hablado con un agresor sobre el abuso?

3. Tercer grupo de preguntas.

Esta vez no quiero que levanten la mano... no levanten las manos... manténgalas abajo y sólo respondan estas preguntas para sí mismos.²

- Usando la definición conductual de violencia doméstica, ¿Cuántos de ustedes son víctimas o sobrevivientes de la violencia doméstica?
- ¿Cuántos de ustedes son agresores?

² El ejercicio está diseñado a propósito para evitar que los participantes hablen sobre sus experiencias personales como víctimas o agresores. Dado el tiempo limitado para esta sesión, sería muy difícil integrar de una manera apropiada, en esta presentación, las experiencias personales de los participantes como víctimas o agresores. El compartir esas experiencias sin suficiente tiempo puede evitar el ver otras experiencias de aprendizaje. En otras sesiones, con más tiempo, tal divulgación puede enriquecer la experiencia de aprendizaje de todo el grupo.

B. Influencia de la experiencia previa con la violencia doméstica sobre el trabajo actual con usuarias

1. La mayoría de nosotros cuenta con una gran experiencia profesional y personal en la violencia doméstica.
2. Esto puede ser tanto nuestra fortaleza como nuestra limitación.
3. Tales experiencias nos ayudan a ponerle un rostro a las estadísticas, a ser sensibles con la persona detrás de los números y las notas.
4. A veces las experiencias previas pueden ser una limitación cuando nos enfrentamos con víctimas de la violencia doméstica o agresores quienes son un tanto diferentes de aquellos que hemos conocido anteriormente.
5. Podemos generalizar partiendo de nuestras experiencias individuales, al esperar que las víctimas o los agresores llenen ciertas expectativas. Si la persona frente a nosotros no cumple nuestras expectativas, podemos pensar que ella o él no es una víctima o agresor “real” y que la situación no es “verdadera” violencia doméstica.
6. Nuestra experiencia previa con este asunto puede reflejar más acerca de dónde hemos vivido o trabajado que acerca de la violencia doméstica en general. Es importante no solamente limitar nuestro entendimiento de la violencia doméstica a lo que hemos experimentado de manera personal, sino también agregar a nuestra experiencia lo que podemos aprender de la experiencia de otros.

V. AGRESORES (5 minutos)

A. Los agresores, al igual que las víctimas, provienen de todos los grupos:

1. Los agresores son de cualquier edad, raza, clase social, religión, ocupación, orientación sexual y personalidad.
2. A veces los prestadores de servicios de salud pueden confundirse porque el agresor no se ve como un “típico agresor.”(Por ejemplo, el agresor puede ser una persona de edad avanzada, de clase alta, con mucho carisma y encanto o puede ser un profesional.)
3. La única cosa en común entre los agresores es el uso de tácticas de control, no sus características demográficas o sus rasgos de personalidad.

B. Género: los hombres y mujeres por igual pueden perpetrar la violencia doméstica.

1. En las relaciones heterosexuales, los agresores usualmente son hombres y las víctimas mujeres.

—> **Nota para el facilitador:** use las estadísticas en el Manual de Recursos, Capítulo Uno, Secciones I A y II B. Brinde las estadísticas de las relaciones heterosexuales.

2. En las relaciones de un solo sexo, la víctima y el agresor tendrán el mismo género.
3. Sin importar quien esté abusando de quien, los profesionales de salud necesitan tomar la violencia doméstica en serio.

C. Si un agresor acompaña a una víctima(o se encuentra presente en el sistema de salud como usuaria), los clínicos pueden escuchar la minimización, la negación o el mentir acerca de la violencia doméstica al igual que el culpar a la víctima.

1. Ejemplos de minimización o negación:
 - “No es para tanto.” ... “A mi pareja le salen moretones con facilidad”... “Se cayó/se golpeó con la puerta.
2. Ejemplos de culpar o justificar la violencia:
 - En ocasiones el agresor reconoce el incidente, pero le hecha la culpa a la víctima (“Ella estaba tomada.” “Él me golpea primero”) u otra causa (“Estaba tomado/bajo mucho estrés.”) para evitar asumir la responsabilidad de la violencia doméstica.
3. Los agresores pueden continuar comportándose de manera abusiva al evitar la responsabilidad del abuso.

—> **Nota para el facilitador:** remita a los participantes que quieran aprender más sobre este tema, al Manual de Recursos, Capítulo III.

D. Algunas veces, los agresores usarán al prestador de servicios de salud para controlar a la víctima a través de una variedad de tácticas coercitivas.

—> **Nota para el facilitador:** brinde ejemplos del sistema de salud en los cuales la conducta del agresor le impida al prestador de servicios tener acceso confidencial a la víctima de violencia doméstica, tales como:

- Acompañar a la víctima a las citas
- Cancelar las citas de la víctima
- Intimidar o halagar para que el prestador de servicios se aleje del usuaria.

VI. LAS VICTIMAS (20 minutos)

A. La víctima principal: la pareja

1. Género

- a. En las relaciones heterosexuales, la víctima es frecuentemente mujer.
- b. Las investigaciones también indican que las mujeres víctimas de violencia doméstica sufren lesiones más graves que las víctimas hombres.

- c. En la violencia de un mismo sexo, las víctimas homosexuales son hombres y las víctimas lesbianas son mujeres.

—> **Nota para el facilitador:** *dé estadísticas, ya sea que repita las estadísticas que usó en la presentación de la información sobre agresores o que escoja otra estadística del Manual de Recursos que ilustre uno de estos puntos.*

2. Demografía.

- a. las víctimas de violencia doméstica provienen de todos los grupos, sin importar:
- La raza/grupo étnico (es importante destacar que la violencia doméstica es un problema presente en todos los grupos étnicos)
 - Clase
 - Educación/ocupación
 - Edad (es importante recordarle a los participantes la existencia de víctimas adolescentes o de edad avanzada)
 - Habilidad física
 - Orientación sexual
 - Rasgos de personalidad

—> **Nota para el facilitador:** *el usar el Manual de Recursos, Capítulo Uno, Sección III A y sus propias experiencias, ilustran lo arriba mencionado. Ofrezca ejemplos breves para mostrar la variedad de víctimas.*

- b. Las víctimas conforman un grupo muy heterogéneo.

Es muy importante no basar nuestras percepciones de las víctimas únicamente en nuestra experiencia personal o profesional. Nuestra experiencia se puede limitar a víctimas con ciertas características. Podemos no identificar a las víctimas que provengan de otros medios o que muestren rasgos que no hayamos encontrado anteriormente.

- c. El ser una víctima de violencia doméstica se debe a la conducta del agresor, no a la información demográfica de la víctima.

3. ¿Por qué las mujeres maltratadas se quedan, se van, regresan y vuelven a irse?³

- a. Contrario a la creencia popular, muchas mujeres maltratadas sí dejan las relaciones abusivas.
- b. Sin embargo, es importante recordar que el dejar una relación es un proceso que se lleva a cabo a través del tiempo.
- c. Para entender este proceso (o el proceso de hacer otros cambios), uno debe entender las barreras que evitan que una víctima deje la relación, las cuales incluyen:

• La conducta del agresor, por ejemplo:

³ Las investigaciones hechas sobre este tema, han sido realizadas solamente sobre mujeres maltratadas dentro de relaciones heterosexuales, pero no sobre víctimas hombres o víctimas entre las lesbianas.

Violencia en aumento, acoso, amenazas contra los hijos, privación de la libertad, amenazas de reportar a las autoridades (migración, servicios de protección al niño, etc.)

- **Falta de opciones seguras para las víctimas y sus hijos. Por ejemplo:**

Albergues de emergencia, alojamiento, empleo, medidas legales de restricción efectivas, etc.

- **Víctima abrumada por el trauma físico y psicológico que acaba de sufrir. Por ejemplo:**

Víctimas quienes han sido golpeadas, acechadas, aterrorizadas, etc.

- **Falta de apoyo comunitario y familiar continuo. Por ejemplo:**

- Valores religiosos o culturales que se centran en el mantener a la familia unida sobre todas las cosas.
- La amenaza de perder el vínculo con la comunidad (por ejemplo, una indígena que tiene que abandonar su comunidad para escapar de su agresor)
- El culpar a la víctima por parte del agresor, consejeros, los prestadores de servicios de salud, la familia, los amigos, etc. Que la violencia es culpa de la víctima, y que ésta debería volver y tratar de ponerle solución, o que la víctima solamente debe irse para darle solución al problema.
- La creencia popular de que la violencia doméstica es el menor de los problemas en comparación con otros (como de paternidad, desempleo, pobreza)

- **Los sentimientos ambivalentes de la víctima, por ejemplo:**

Querer que la violencia pare, pero a la vez querer conservar la relación.

Algunos prestadores de servicios sólo se enfocan en #5 como barrera y no consideran el hecho de que muchos factores #1-4 pueden impedir a las víctimas dejar la relación.

- d. Los prestadores de servicios de salud ven a una víctima de violencia doméstica en una etapa del proceso. La manera en que el prestador responda puede apoyar a la víctima o de manera inadvertida, apoyar al abusador para que la continúe haciendo víctima.

4. Las varias actitudes de la víctima en los ambientes de salud.

- a. En los ambientes de salud, las víctimas pueden parecer:

Enfermas, deprimidas, pasivas, enojadas, temerosas, renuentes a hablar, ansiosas de decirle a todo mundo, esperando decirle a alguien, etc.

- b. Gran parte de lo que los prestadores de servicios de salud ven o escuchan por parte de las víctimas de violencia doméstica, refleja los efectos de vivir en relaciones abusivas y las estrategias de supervivencia cuando tienen poco o ningún apoyo. Muy a menudo las víctimas han relatado lo que les pasa y la búsqueda de ayuda, la cual no fue brindada. Después de haber intentado muchas otras estrategias para buscar apoyo, las cuales no detuvieron al agresor, pueden acceder a los deseos del

agresor en la esperanza de que la violencia será menos severa para ellas y/o sus hijos.

c. Es de utilidad ver las emociones de las víctimas y su conducta como reacciones normales hacia el abuso del agresor y también como intentos para protegerse a sí mismas y a sus hijos.

5. El objetivo de intervenir con las víctimas no es separarlas de los agresores, sino darles la información y el apoyo que necesitan para tomar sus propias decisiones.

B. Las víctimas olvidadas: los hijos.

1. Las víctimas de violencia doméstica pueden estar acompañadas por niños o las víctimas pueden ser hijos de hogares donde hay violencia doméstica.

Como se dijo anteriormente, los hijos son dañados por los actos del agresor contra las víctimas. A veces son lastimados de manera directa al tratar de intervenir o son usados por el agresor contra la víctima.

→ **Nota para el facilitador:** *dé un ejemplo de cómo un agresor puede usar a los hijos contra la víctima. (Vea la sección sobre hijos en el Manual de Recursos, capítulo Uno, Sección III C).*

2. El uso de los hijos por parte del agresor puede tener en ellos múltiples efectos de índole física, emocional y de conducta.

C. Otras víctimas: las personas que tratan de ayudar o los espectadores inocentes.

A veces, una persona que quiere ayudar, un familiar, amigo o espectador puede resultar lesionado o muerto en un incidente relacionado con la violencia doméstica.

→ **Nota para el facilitador:** *brinde un ejemplo local de alguien que quiere ayudar, un familiar o un amigo afectado por la violencia doméstica, o un espectador quien fue lesionado o resultó muerto en un incidente relacionado con la violencia doméstica.*

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Pregunte a los participantes si tienen alguna pregunta. Responda una o dos para aclaración de asuntos relacionados con las víctimas solamente.

VII. RESUMEN: IMPLICACIONES EN LA PRACTICA DEL CUIDADO A LA SALUD

(10 minutos)

A. La violencia doméstica puede ser letal y es un problema grave de salud.

B. Principios guía para una respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica:

Nota para el facilitador: use la transparencia #1-6 y remita a los participantes al resumen #1-6.

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
2. Respetar los derechos de las víctimas para su autodeterminación.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

C. Elementos de una respuesta mejorada de salud hacia las víctimas de violencia doméstica:

—> **Nota para el facilitador:** note que este material será cubierto en el Módulo Tres. Remita a los participantes a la transparencia #1-7 y el resumen #1-6.

1. Realizar una revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valorar el impacto en la salud de su victimización.
3. Conducir la intervención al:
 - a. Brindar mensajes de apoyo a la víctima: por ejemplo:
 - “Me preocupa su seguridad y su bienestar.”
 - “Usted no merece el abuso.”
 - “Usted no está sola.”
 - “Existen opciones y recursos disponibles.”
 - “La violencia doméstica es complicada, toma tiempo vivir con ella, además quiero ser de utilidad.”
 - b. Brindar información sobre la violencia doméstica
 - c. Ayudar a planear la seguridad
 - d. Remitir a la víctima a servicios apropiados de apoyo y ayuda.

→ **Nota para el facilitador:** *elabore y remítase al resumen #1-7 o espere y distribuya este resumen al presentar el Módulo Cinco sobre recursos comunitarios. Vea el resumen de muestra #1-7 para instrucciones.*

e. Conducir un seguimiento

4. Documentar la violencia doméstica.

VII. CONCLUSION: ABIERTO A TODAS LAS PREGUNTAS

(15 minutos)

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Pregunte a los participantes si tienen preguntas o comentarios.

Recuerde a los participantes que existen entrenamientos adicionales y recursos que abordan con mayor detalles las estrategias para una respuesta mejorada de salud y los recursos comunitarios y legales

→ **Nota para el facilitador:** *pídale a los participantes que completen la hoja de evaluación que se encuentra en el resumen #1-8.*

PUNTOS DE DISCUSION

Una amplia variedad de cuestiones surgen cuando los participantes tienen la oportunidad de discutir los conceptos presentados. En la parte de abajo hay algunos de los asuntos típicos a los que se pueden enfrentar los facilitadores durante las discusiones.

El estar preparado para responder a tales retos hace que los periodos de discusión sea más productivos. No habrá tiempo para abarcar todas las preguntas durante la discusión. La mayoría de las veces simplemente cuando se puede ayudar a los participantes a reflexionar en una o dos de sus preguntas les alienta a reexaminar su comprensión y práctica en esta área, lo cual, a su vez promueve una práctica mejorada.

1. En cada sección de discusión del módulo, esté atento a alguna confusión sobre la definición de violencia doméstica:

- **No ver a la violencia doméstica como un patrón, en lugar de un evento aislado e individual; cómo un patrón consiste en varias tácticas y múltiples incidentes; cómo la conducta del agresor afecta a la víctima después de un periodo de tiempo. (por ejemplo, el temor, la furia o el retraso del usuario puede ser el resultado de un abuso a largo plazo en vez de un incidente específico).**
- **No ver la conexión entre el uso de la fuerza física contra una persona o pertenencia y las tácticas psicológicas; la manera en que los ataques físicos**

y la amenaza de éstos establece el control a través del miedo; de que manera las manipulaciones sutiles y aún las indulgencias pueden ser muy coercitivas. (Por ejemplo, los prestadores de servicios de salud pueden minimizar la reacción de una víctima a un episodio de ataque verbal y no tomar en consideración que dichos ataques verbales como una señal de que ataques físicos han ocurrido con anterioridad).

2. Escuche y después clarifique cualquier confusión sobre la violencia doméstica como una cuestión de enojo, conducta fuera de control, causada por el uso de alcohol o drogas, o causada por la conducta de la víctima.

Típicamente, los prestadores de servicios de salud tendrán alguna confusión relacionada con padecimientos, alcohol, drogas o la conducta de la víctima como causa de la violencia doméstica. Los facilitadores deberán estar familiarizados con la Sección de Causas del Capítulo Uno, Sección II del Manual de Recursos.

3. Ayude a los participantes a ver como una respuesta ineficaz a las víctimas les enseña a los agresores que lo que están haciendo con las víctimas es justificado, y como esa respuesta aísla más a las víctimas.

Los agresores siempre están buscando a alguien que se confabule con ellos y que les ayude a tener más control sobre la víctima.

Las respuestas ineficaces también le enseña a las víctimas que no pueden obtener ayuda externa.

4. En discusiones sobre víctimas, esté atento a actitudes de culpar a las víctimas y aclare cuando sea posible, que tales actitudes hacen que las víctimas creen lo que los agresores dicen sobre ellas y que no actúen en su propio beneficio.

Explore la creencia errónea de que las víctimas pueden “simplemente irse”, recuérdelo a los participantes la existencia de todas las barreras.

5. Esté atento a comentarios como: “las víctimas van de una relación de maltrato a otra.”

Las investigaciones indican que este patrón no es aplicable a la gran mayoría de mujeres maltratadas las cuales abandonan relaciones abusivas. Mientras que puede ser cierto para algunas, no significa que aún estas pocas quieran ser maltratadas. Las experiencias de algunas víctimas demuestran que la violencia es generalizada y lo más que pueden esperar es una relación en la que la nueva pareja sea menos violenta que la anterior. Recuérdelos también que los agresores a menudo ocultan su comportamiento hasta que sus parejas están profundamente involucradas en la relación.

6. Esté atento a las falsas creencias culturales de los participantes. Aclárelas cuando sea posible y aliente la consulta para reflexionar sobre cuestiones culturales y el mejoramiento de la práctica.

Remita a los participantes al próximo módulo sobre Competencia Cultural, si planea conducirlo o, remítalos a las Guías de Competencia Cultural en el apéndice A del Manual de Recursos.

7. Recuérdelo a los participantes que el cambio es un proceso que toma tiempo tanto para ellos como para sus usuarias.

8. Haga énfasis en los pasos realizables que los prestadores pueden tomar este día, semana o mes.

También señale los logros que grupos de prestadores han tenido al cambiar una política de un sistema o procedimiento a través del desarrollo de un protocolo. Una respuesta mejorada hacia las víctimas de violencia doméstica se da en un nivel personal como de sistema.

RESUMEN #1-1	La Violencia Domestica como una cuestión primaria de salud.
RESUMEN #1-2	Definición de Violencia Doméstica y Lista de Conductas Abusivas
RESUMEN #1-3	Rueda del poder y el control
RESUMEN #1-4	Causas de la Violencia Doméstica
RESUMEN #1-5	Barreras que les impiden a las víctimas de violencia doméstica abandonar la relación
RESUMEN #1-6	Respuesta mejorada de salud a las víctimas
RESUMEN #1-7	Recursos comunitarios para las víctimas de violencia doméstica y para los agresores. (Para ser desarrollado por cada facilitador, instrucciones incluidas.)
RESUMEN #1-8	Evaluación del Modulo Uno

RESUMEN #1-1

LA VIOLENCIA DOMESTICA: UN PROBLEMA PRIMARIO DE SALUD. HOJA DE INFORMACION

VIOLENCIA DOMESTICA:

Todo acto de violencia que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la privada.

PREVALENCIA:

La violencia doméstica es virtualmente imposible de medir con absoluta precisión debido a numerosas complicaciones que incluyen el estigma social que inhibe a las víctimas al momento de hablar sobre el maltrato que sufren y, la variedad de definiciones de abuso usadas de estudio a estudio. Un cálculo estimado varía entre unos 960,000 incidentes de violencia contra un esposo o exesposo, novio o novia por año¹ y 3.9 millones de mujeres que son abusadas físicamente por año².

El 22 de Julio de 1997, la UNICEF publicó *The Progress of Nations, 1997*, el cual puso de manifiesto que un cuarto de la mitad de las mujeres del mundo habían sufrido violencia de parte de su pareja.³

En México, como en otros países, la violencia es reconocida como un problema de salud pública ya que impacta a la salud de las personas en todas las áreas de su desarrollo.

No se tienen datos que permitan tener un panorama nacional sobre la prevalencia de la violencia hacia las mujeres debido a que no existe un Sistema de Información Interinstitucional, sin embargo algunos estudios regionales validan la importancia de considerar a la violencia como un problema que merece acciones inmediatas para combatirla.

*Una investigación realizada con 1,064 mujeres en la zona metropolitana de Monterrey, México encontró que el 46.1% sufre algún tipo de violencia en manos de su pareja.*⁴

En una muestra de mujeres casadas o en unión libre en el sur de la Ciudad de México, el 38.4% había sufrido violencia por parte de su pareja.⁵

Resultados de un estudio en Ciudad Nezahualcoyotl muestran que de 342 mujeres alguna vez unidas en pareja, de 15 años y mayores, el 33% había vivido una relación violenta. De éstas el 66% sufría violencia física, el 76% violencia psicológica y el 21% había sufrido violencia sexual.⁶

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) desde su creación en 1990, reporta que entre el 88 y 90 % de las personas que viven violencia familiar en el Distrito Federal son mujeres. (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, 1997).

¹ U.S. Department of Justice: *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends, and Girlfriends*, March 1997.

² The Commonwealth Fund, *First Comprehensive National Health Survey of American Women*. July 1993.

³ UNICEF, *The Progress of Nations*, 1997.

LESIONES Y OTRAS CONSECUENCIAS DE SALUD DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El Banco Mundial en 1993 en el *Informe sobre el desarrollo mundial*, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo. Las mujeres entre 15 y 44 años pierden uno de cada cinco años de vida saludable, debido a violaciones y violencia doméstica, y a nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el SIDA, la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.⁷

La violencia puede tener numerosas consecuencias para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como el embarazo no deseado, abortos, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, ETS/VIH/SIDA e infertilidad. El temor a la violencia doméstica con frecuencia impide que las mujeres usen anticonceptivos o soliciten a sus compañero que usen condón.

COSTOS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

De 1987 a 1990 el crimen le costo a los estadounidenses \$450 billones por año. Las víctimas adultas de violencia doméstica incurrieron en un 15% del total del costo del crimen en víctimas (\$67 billones).⁸

Un estudio llevado a cabo en el Rush Medical Center de Chicago descubrió que el costo promedio por servicios médicos brindados a mujeres abusadas, niños y personas de la tercera edad fue de \$1633 por persona por año. Esto ascendería a un costo total anual de \$857.3 millones.⁹

A nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.¹⁰

IDENTIFICACION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El 92% de las mujeres que fueron abusadas físicamente por sus parejas no hablaron de estos incidentes con sus médicos; el 57% no habló de esto con nadie.¹¹

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1997 sobre la ruta crítica de las mujeres maltratadas, se identificó como un obstáculo el “peloteo” al que es objeto la mujer ya que pasa de un servicio a otro exponiéndose al ridículo, al silencio, a la culpabilización por parte de quienes la atiendan, ya sea en el sector salud o en las instancias legales.¹²

Estudios clínicos recientes han demostrado la efectividad de una revisión médica de 2 minutos para detección temprana del abuso en mujeres embarazadas.¹³ Estudios longitudinales adicionales han probado un proceso de intervención de 10 minutos que ha resultado altamente efectivo al incrementar la seguridad de mujeres embarazadas que son abusadas.¹⁴

EMBARAZO:

Una investigación realizada en el estado de Morelos, México, se encontró que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y postparto inmediato. Además, los(las) recién nacidos de madres maltratadas pesan 560grs. menos que aquellos cuyas madres no fueron agredidas.¹⁵

Comment: Sería bueno que se metieran los datos que tiene Graciela sobre muerte materna en el embarazo.

Las complicaciones del embarazo incluyendo bajo peso, anemia, infecciones y sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo, son significativamente más altas en las mujeres que sufren abusos^{16 17}, al igual que el índice de depresión maternal, intentos de suicidio, tabaquismo, alcoholismo, y uso de drogas.¹⁸

RECOMENDACIONES DE MUJERES

En 1998 el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán CISC realizó investigaciones sobre violencia doméstica específicamente, como una realidad en la vida de las mujeres de la frontera de Chiapas. Las mujeres expresaron sus propias sugerencias y recomendaciones en base a sus experiencias vividas en tres ejes principales:

- a) Cambiar el comportamiento de los hombres
- b) Educar a los hijos y
- c) Apoyo a las mujeres

Especialmente de personas con sensibilización y capacitación para atenderlas como psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales que se encuentran en instituciones o que apoyen a grupos organizados. Por otro lado señalaron la utilidad de centros de atención especiales dentro de las mismas instituciones.¹⁹

RECOMENDACIONES DE POLITICAS:

México como parte de la Comunidad Internacional, participa en acciones multilaterales para combatir y erradicar la situación de violencia familiar que se ha dado a nivel mundial. De esta forma, ha firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales que consideran acciones para disminuir y de ser posible eliminar la violencia al interior de la familia.

Es así como el Estado ha encaminado acciones para combatir la violencia familiar, que ha tenido un incremento importante en los últimos años. La Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró la Norma Oficial Mexicana –190-SSA1-1999 que determina los criterios para brindar atención médica integral a personas que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar.

Es a través de esta norma, que el gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en seno de la familia y contra la mujer especialmente en la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belén do Pará” (OEA, 1994); en la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

RESUMEN #1-2

DEFINICION DE VIOLENCIA DOMESTICA Y LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS

violencia doméstica es

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad

LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS

1. Abuso físico.

Escupir, pellizcar, sacudir, agarrar, aventar, empujar, arrojar al suelo, golpear con la mano abierta, golpear con el puño, encerrar, impedir el escape, ahogar, golpear con objetos, pegar, patear, usar armas, quemar, controlar el acceso de la víctima a recursos de salud, etc.

2. Abuso sexual:

Presionar continuamente para tener relaciones sexuales, obligar a tener relaciones sexuales a través de una variedad de tácticas, forzar a tener sexo frente a otras personas, forzar a tener sexo con niños o terceras personas, forzar físicamente o lastimar sexualmente a la víctima, etc.

3. Ataques Psicológicos:

Actos violentos contra los hijos o otras personas para controlar a la pareja; amenazas de violencia contra las víctimas, otras personas, o a sí mismo; intimidación a través de ataques a las mascotas o la propiedad; gritar; minimizar, acechar; Controlar las actividades de las víctimas; Aislar a la víctima; Controlar a la víctima con su estatus migratorio; Controlar el acceso de la víctima a recursos (de salud, medicinas, automóvil, amigos, escuela, trabajo, cuidado de los hijos, etc.); Abuso emocional; forzar a la víctima a hacer cosas degradantes; controlar el horario de la víctima, incluyendo citas médicas, etc.

4. Presión económica.

Retener fondos, gastar el dinero de la familia, tomar la mayoría de las decisiones financieras, no contribuir económicamente al gasto familiar, controlar el acceso de la víctima a seguros de salud, etc.

5. Uso de los hijos para controlar a una víctima adulta.

Secuestrar a los hijos, Abuso físico y sexual de los hijos, forzar a los hijos a participar en el abuso físico y psicológico de la víctima adulta, pleitos por la custodia, visitar a los hijos para vigilar a la víctima adulta, etc.

RESUMEN #1-3

* desarrollado por Ganley, A. & Schechter, S., para Domestic Violence: A National Curriculum for Children's Protective Services. Family Violence Prevention Fund 1996.

RUEDA DEL PODER Y EL CONTROL

Uso de la intimidación

Hacerla sentir miedo al:

- Usar miradas, acciones, gestos
- Destruir cosas
- Destruir su propiedad
- Maltratar sus mascotas
- Mostrar armas

Uso del abuso emocional

- Ponerla por los suelos
- Hacerla sentir mal acerca de sí misma
- Ponerle apodos
- Hacerle pensar que está loca
- Jugar con su mente
- Humillarla
- Hacerla sentir culpable

Uso del aislamiento

- Controlar lo qué hace, a quién ve, con quién habla, lo qué lee y a dónde va
- Limitar sus salidas
- Usar los celos para justificar sus acciones

Minimizar, negar y culpar

- Hacer menos el abuso y no tomar en serio su preocupación por el mismo.
- Decir que el abuso no ocurrió.
- Eludir la responsabilidad de la conducta abusiva.
- Decir que ella lo causó.

Usar a los hijos

- Hacerla sentir culpable por sus hijos.
- Usar a los hijos para enviar recados.
- Utilizar las visitas para molestarla.
- Amenazarla con llevarse a los hijos.

Usar los privilegios masculinos

- Tratarla como sirvienta.
- Tomar las decisiones importantes.

- Actuar como si fuera el amo y señor.
- Ser el que defina los papeles del hombre y de la mujer.

Abuso económico

- Evitar que consiga o conserve un trabajo.
- Hacer que le ruegue para que le de el dinero.
- Darle el gasto limitado.
- Quedarse con su dinero.
- Negarle el acceso al dinero familiar y la información acerca de la cantidad del mismo.

Uso de amenazas y coerción.

- Hacer y llevar a cabo amenazas de hacer algo para lastimarla.
- Amenazar con dejarla o con suicidarse.
- Hacer que retire los cargos.
- Hacer que cometa actos ilegales.

RESUMEN #1-4

CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

Conducta aprendida:

- A través de la observación
- A través de la experiencia y el refuerzo
- En la cultura
- En la familia
- En las comunidades: escuela, grupos de amigos, etc.

No causada por:

- Enfermedad
- Genética
- Alcohol/drogas
- Enojo/estrés
- Conducta fuera de control
- Conducta de la víctima o problemas en la relación

RESUMEN #1-5

BARRERAS QUE EVITAN QUE LAS VÍCTIMAS DEJEN LAS RELACIONES

1. La conducta del agresor

Ejemplos: violencia en aumento, acecho, amenazas contra los hijos, privación de la libertad, amenazas de reportar a las autoridades (migración, servicios de naturalización, servicios de protección al niño, etc.)

2. Falta de opciones seguras para las víctimas y sus hijos.

Por ejemplo: albergues de emergencia, alojamiento, empleo, medidas legales de restricción efectivas, etc.

3. Víctima abrumada por el trauma físico y psicológico que acaba de sufrir.

Por ejemplo: víctimas quienes han sido golpeadas, acechadas, aterrorizadas o que se encuentran en crisis, etc.

4. Falta de apoyo comunitario y familiar continuo.

- Por ejemplo: valores religiosos o culturales que se centran en mantener a la familia unida por sobre todas las cosas.
- Ejemplo: el no apoyo de la comunidad (por ejemplo, una indígena que tiene que aguantar ser castigada por ser avalada la violencia en la comunidad como algo normal.)

- Ejemplo: el culpar a la víctima por parte del agresor, consejeros, los prestadores de servicios de salud, la familia, los amigos, etc. Que la violencia es culpa de la víctima, y que ésta debería volver y tratar de ponerle solución, o que la víctima solamente debe irse para darle solución al problema.
- Ejemplo: la creencia popular de que la violencia doméstica es el menor de los problemas en comparación con otros (como de paternidad, o desempleo).

5. Los sentimientos ambivalentes de la víctima.

Ejemplo: querer que la violencia pare, pero a la vez querer conservar la relación.

RESUMEN #1-6

RESPUESTA MEJORADA DE SALUD A LAS VÍCTIMAS

PRINCIPIOS GUÍA PARA UNA RESPUESTA DE SALUD HACIA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
2. Respetar los derechos de las víctimas para su autodeterminación.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto del abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

ELEMENTOS DE UNA RESPUESTA MEJORADA DE SALUD HACIA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Realizar una revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valorar el impacto en la salud de su victimización.

3. Conducir la intervención al:

- a. Brindar mensajes de apoyo a la víctima: por ejemplo:
- b. Brindar información sobre la violencia doméstica
- c. Ayudar a planear la seguridad
- d. Remitir a la víctima a servicios apropiados de apoyo y ayuda.
- e. Conducir una sesión de seguimiento

4. Documentar la violencia doméstica.

RESUMEN DE MUESTRA #1-7

MUESTRA

RECURSOS COMUNITARIOS PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LOS AGRESORES.

(para ser provisto por el facilitador)

Prepare una lista de información sobre los recursos comunitarios disponibles a las víctimas de violencia doméstica y agresores en el área. Para cada agencia o servicio en su lista, incluya el nombre de la agencia, su teléfono, dirección, horario de oficina, resumen de servicios ofrecidos (incluyendo una descripción de los servicios a clientes con discapacidad, servicios multilingües y/o multiculturales, programas contra violencia doméstica entre personas del mismo sexo, etc.).

LA LISTA DEBERA INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Servicios telefónicos de atención de crisis: Línea Directa Nacional en caso de Violencia Doméstica (1-800-799-7233, 1-800-799-3224 para los que tengan problemas auditivos) y otros números locales.
- Albergues temporales y alojamiento provisional.
- Grupos de apoyo dentro de los albergues.
- Servicios especiales de asistencia pública residenciales y no residenciales para mujeres maltratadas (como ayuda, manejo del caso, cuidado de los hijos y servicios de transportación)
- Abogados y servicios a víctimas
- Programas de intervención para agresores
- Servicios para grupos culturales o demográficos específicos (como grupos étnicos, homosexuales y lesbianas, inmigrantes, grupos de habla no inglesa, adolescentes, etc.)

EN ESTE O EN UN RESUMEN POR SEPARADO INCLUYA LA SIGUIENTE

información sobre agencias contra la violencia doméstica y otras agencias locales que ofrezcan programas para servicios no específicamente relacionados con la violencia doméstica:

- Asistencia de alojamiento
- Ayuda/manejo del caso
- Capacitación laboral y servicios de colocación
- Cuidados al niño y otros servicios para niños
- Servicios en caso de ataque sexual
- Servicios de transportación
- Grupos de apoyo para homosexuales, lesbianas y bisexuales
- Programas en caso de abuso de drogas
- Servicios de inmigración
- Programas nutricionales

RESUMEN #1-8

EVALUACIÓN DEL MODULO UNO

LA VICTIMIZACION EN LA VIOLENCIA DOMESTICA: UNA CUESTION PRIMARIA DE SALUD.

Sus comentarios y sugerencias nos ayudarán a brindarle mejores entrenamientos en el futuro.

- 1) ¿Le será útil esta información en su área de responsabilidad actual?
- Sí no

¿Qué fue lo más útil?

¿Qué fue lo menos útil?

- 2) la información presentada fue:

demasiado complicada apropiada demasiado simple

- 3) el presentador fue:

muy efectivo

algo efectivo

no efectivo

comentarios: _____

TRANSPARENCIAS/ACETATOS PARA EL MODULO UNO

Esta sección incluye materiales que pueden ser transformados en transparencias o acetatos. Las páginas a seguir han sido elaboradas para ser usadas como transparencias pero pueden ser modificadas para ser usadas como acetatos. Note que la numeración de los resúmenes para los participantes no corresponden directamente a la numeración de las transparencias puesto que ciertos resúmenes se cubren en más de una transparencia.

TRANSPARENCIA #1-1

La violencia doméstica como una cuestión primaria de salud.

TRANSPARENCIA #1-2

Definición de violencia doméstica

TRANSPARENCIA #1-3

Violencia doméstica: lista de conductas abusivas

TRANSPARENCIA #1-4

Causas de la violencia doméstica

TRANSPARENCIA #1-5

Barreras que impiden que las víctimas abandonen la relación

TRANSPARENCIA #1-6

Principios guía para una respuesta mejorada de salud a las víctimas de violencia doméstica

TRANSPARENCIA #1-7

Elementos de una respuesta mejorada de salud a las víctimas de violencia doméstica

TRANSPARENCIA #1-1

LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO UNA CUESTION PRIMARIA DE SALUD

El 22 de Julio de 1997, la UNICEF publicó The Progress of Nations, 1997, el cual puso de manifiesto que un cuarto de la mitad de las mujeres del mundo habían sufrido violencia de parte de su pareja.

Un estudio en Nicaragua con una muestra representativa de mujeres entre 15 y 49 años reporta que el 52% de las mujeres, alguna vez casadas sufrieron violencia física de parte de su esposo. El 31% de las mujeres reportó maltrato físico durante el embarazo.

Complicaciones en el embarazo que incluyen:

- Poco peso
- Anemia
- Infecciones
- Sangrado en el primer y segundo trimestre
- Tasa de depresión maternal
- Intentos de suicidio
- Uso de alcohol, tabaco o drogas.

TRANSPARENCIA #1-2

DEFINICION DE VIOLENCIA DOMESTICA

La violencia doméstica es

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la coerción y la privación de la libertad

TRANSPARENCIA #1-3

VIOLENCIA DOMESTICA: CONDUCTAS ABUSIVAS

1. Abuso físico
2. Abuso sexual
3. Abuso psicológico

4. Presión económica
5. Uso de los hijos para controlar a una víctima adulta

TRANSPARENCIA #1-4

CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

Conducta aprendida:

- A través de la observación
- A través de la experiencia y el refuerzo
- En la cultura
- En la familia
- En las comunidades: escuela, grupos de amigos, etc.

No causada por:

- Enfermedad
- Genética
- Alcohol/drogas
- Enojo/estrés
- Conducta fuera de control
- Conducta de la víctima o problemas en la relación

TRANSPARENCIA #1-5

BARRERAS QUE EVITAN QUE LAS VÍCTIMAS DEJEN LAS RELACIONES

1. La conducta del agresor
2. Falta de opciones seguras para las víctimas y sus hijos.
3. Víctima abrumada por el trauma físico y psicológico que acaba de sufrir.
4. Falta de apoyo comunitario y familiar continuo.
5. Los sentimientos ambivalentes de la víctima.

TRANSPARENCIA #1-6

PRINCIPIOS GUÍA PARA UNA RESPUESTA DE SALUD HACIA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
2. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar sus propias decisiones.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y de sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

TRANSPARENCIA #1-7

ELEMENTOS DE UNA RESPUESTA MEJORADA DE SALUD A LA VIOLENCIA DOMESTICA

1. Realizar una revisión médica de rutina para detectar la victimización en la violencia doméstica.
2. Valoración de la violencia doméstica
3. Intervención con usuarias que son víctimas de la violencia doméstica
4. Documentación de la violencia doméstica en los registros médicos.

MODULO DOS

VIOLENCIA DOMÉSTICA: COMPETENCIA CULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

**POR JOHN FAZIO, R.N., M.S. Y
ANITA RUIZ-CONTRERAS, R.N., M.S.N.**

TRADUCCIÓN: GRACIELA FREYERMUTH.

TIEMPO PROPUESTO DE 90 MINUTOS

Objetivos y Metas:

1. Definir los términos de cultura y de competencia, así como su aplicación en la violencia doméstica
2. Incrementar el conocimiento de los profesionistas de la salud en la cultura y en la forma en que interactúan en las distintas perspectivas cuando se responde a las víctimas de violencia doméstica
3. Proporcionar un modelo práctico para enfrentar la violencia doméstica libre de discriminación y comprometido con la competencia cultural.

TIPS PARA EL ENTRENAMIENTO

Formato del capítulo

El material de la presentación y las actividades están en un formato de resumen y escritos en negrita y en fuente regular. Las instrucciones para el instructor están marcadas con un icono y escritas en cursiva. Las actividades interactivas están dentro de recuadros.

2. Lecturas pertinentes

El material en el Módulo Dos está basado principalmente en el trabajo desarrollado por los autores y el Equipo para la Diversidad de 1996-97 de la Asociación de Enfermeras de Emergencia (ENA por sus siglas en Inglés).

3.- El módulo está diseñado para aproximadamente 90 minutos que pueden prolongarse 10 ó 15 más.

Si le interesa acortar esta sesión lo puede hacer en la presentación. Sin embargo, es necesario por lo menos incluir una de las técnicas de rompe hielo antes de la presentación del módulo. Si está en un grupo grande, debe considerar no incluir la actividad interactiva en la sesión II D, lo que le permitirá más tiempo para preguntas y discusión durante las otras sesiones interactivas.

4. Revise el entrenamiento previo a la sesión de los participantes sobre la sensibilidad cultural.

Reconozca si los participantes han tenido previamente alguna capacitación o sensibilización en el tema de la cultura. Es importante aclarar la meta de este entrenamiento en competencia cultural y realizar una distinción entre entrenamientos anteriores.

Lo siguiente describe la distinción entre los dos tipos de entrenamiento:

ENTRENAMIENTO EN SENSIBILIDAD CULTURAL

El entrenamiento en la sensibilización cultural a menudo hace una revisión de las creencias y conductas, realiza preguntas a los participantes para lograr sensibilizarlos de sus propias creencias y conductas. Las sesiones de capacitación pueden ir de una clase sobre un tipo específico de grupo cultural a una revisión de caso.

ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIA CULTURAL

El entrenamiento en la competencia cultural va más allá, en ésta se trata de que los participantes tengan apropiadas respuestas a las necesidades de los diferentes grupos culturales, es decir, de ser culturalmente competentes. El prestador de servicios de salud debe combinar un conocimiento particular con la información específica que le proporciona su paciente, incorporar su conocimiento con su propia tendencia y aproximarse a la definición de cultura con un ojo crítico y una mente abierta.

5. Después de revisar los contenidos de la presentación, prepare sus estudios de caso para que ilustren el módulo en los principales puntos de interés

los casos ejemplo deben tratar lo siguiente:

- El(los) ambiente(s) de salud de la audiencia
- Una variedad de aspectos de salud;
- Diversidad en la cultura tanto del paciente como del prestador de servicios
- Una variedad de estilos interpersonales de los pacientes; y
- Una variedad de respuestas efectivas de parte de los prestadores de servicios de salud.

6. Presentación del Material

a. El entrenamiento en la competencia cultural puede involucrar asuntos personales de los participantes y, por tanto, la reacción a los contenidos puede ser variada. Es importante comprometer al grupo y lograr un ambiente seguro para la discusión abierta. Recuerda:

- Haga contacto visual y ponga atención al lenguaje corporal de los participantes.
- Escuche atentamente las preguntas y comentarios y después responde brevemente.
- Hable lo suficientemente alto para que se le escuche hasta atrás del cuarto.

- Si es necesario, use un micrófono que le permita el ser escuchado mientras se desplaza.
- b. El humor puede ser utilizado como rompe hielo, pero debe ser usado muy juiciosamente y tener cuidado de su contenido. Evite hacer bromas acerca de individuos o grupos, no profane ni haga bromas con contenido sexual.

7. prepare el material de apoyo adecuado (transparencias y resúmenes) por adelantado.

Tenga en cuenta el tamaño de la audiencia y el tamaño del salón al escoger los materiales audiovisuales. El uso de rotafolios funciona con grupos pequeños (menos de 20 o 25 personas), pero no es tan efectivo con grupos más grandes.

Familiarícese con el equipo audiovisual o consiga ayuda técnica. Anote en su resumen cuando utilizará el equipo audiovisual y cuando se necesitarán apagar los equipos. A veces, en el curso de una presentación, los presentadores pueden olvidar apagar un reproductor de acetatos, lo cual puede distraer a los participantes. Así mismo, anote en su resumen informar a la audiencia si se les proporcionará un resumen de los acetatos/transparencias.

las transparencias/acetatos sugeridos están incluidos al final del módulo.

8. seleccione los resúmenes apropiados.

Los resúmenes sugeridos aparecen al final de el módulo. Usted no tiene que presentar cada punto del material. Seleccione únicamente los puntos principales que quiera cubrir y remita a los participantes a los resúmenes para información adicional.

DESCRIPCIÓN DE LA PRESENTACIÓN:

La violencia doméstica: la competencia cultural en el ambiente de salud

I. INTRODUCCION, METAS Y REGLAS (10 minutos)

A. INTRODUCCION



NOTAS PARA EL INSTRUCTOR: LA INTRODUCCIÓN CREA UN AMBIENTE SEGURO, ABIERTO A LA DISCUSIÓN HONESTA. EN UN AMBIENTE DE SEGURIDAD, LOS PARTICIPANTES SE SIENTEN CON CONFIANZA PARA COMPARTIR SUS SENTIMIENTOS SIN TEMOR A REPRESALIAS POR PARTE DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Preséntese y familiarícese con los participantes. Mencione de manera breve algo de interés acerca de su persona, aún si alguien más lo ha presentado. Quizás

quiera enunciar el porqué este tema es importante para los profesionales de salud. Haga algunas preguntas acerca del grupo: ¿los participantes son médicos, enfermeras, personal administrativo o de servicio social, abogados, etc?

B. metas de la sesión

⇒ **Nota para el instructor:** brinde el resumen #2-1 y/o proyecte las transparencias #2-1

Las metas de la sesión son las siguientes:

- Definir los términos de cultura, competencia cultural y cómo se aplica en la violencia doméstica
- Incrementar el conocimiento de los profesionistas de la salud, en la cultura y en la forma en que interactúa en las distintas perspectivas cuando se responde a las víctimas de violencia doméstica
- **Proporcionar un modelo práctico para enfrentar la violencia doméstica libre de discriminación y comprometido con la competencia cultural.**

C. Reglas del juego para la discusión

⇒ **Notas para el instructor:** es esencial que el líder de la sesión, o alguien designado, facilite las reglas para la discusión y vigile que estas se cumplan.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Distribuir el resumen 2-2 que sugiere las reglas del juego en la competencia cultural. Comience la discusión sobre las reglas enfatizando que dichas reglas ayudarán a crear un ambiente seguro para una discusión honesta. Enumere cada una de las reglas de manera breve y pregunte si están de acuerdo o en desacuerdo y ponga en un lugar visible estas reglas del juego.

- Desafíese considerando sus suposiciones y creencias
- Hágase responsable para escuchar nuevas ideas y diferentes perspectivas.
- No está bien culpar, juzgar o criticar
- Habla por ti mismo y a partir de tus propias experiencias
- No esperes discutir los asuntos más allá de tu propio nivel de confort.
- Mantén confidencial la información que se discuta en la sesión.

D: revisión de los entrenamientos previos de los participantes.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Pide a los participantes que levanten la mano si alguien ha tenido un entrenamiento previo en relación con la violencia doméstica. Esto permite a los capacitadores a saber

la forma en que pueden conectar este entrenamiento con el previo. También pide que levanten la mano aquellos que han recibido un entrenamiento en sensibilidad cultural o en competencia cultural (clarifica los términos)

1 La primer meta de esta sesión es proporcionar un modelo práctico para enfrentar la violencia doméstica libre de discriminación y comprometido con la competencia cultural.

La sesión nos proporcionará un conocimiento comprensivo, información o consejos de un grupo cultural específico.

⇒ **Nota para el instructor:** la experiencia de entrenamientos previos puede impactar la disponibilidad de los participantes a la sesión. La sesión también puede diferir del entrenamiento previo en que ésta brinda un modelo práctico en lugar de información sobre grupos culturales específicos.

II. ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIA CULTURAL(25 MINUTOS)

A. Somos similares pero diferentes en una gran variedad de formas.

⇒ **Notas para el instructor:** al escoger que actividad interactiva se va a usar, considera el tiempo de instrucción y la audiencia. Para un grupo más grande, el ejercicio de levantar las manos, opción A, es mas apropiado que la opción B, el cual involucra discusión. Limita cualquiera de las dos opciones a 10 minutos; si el ejercicio dura más, los participantes pueden perder la concentración en la presentación.

La opción A puede ayudar a los participantes a reconocer las diferencias generales antes de que empieces una discusión sobre las diferencias sensibles tales como raza o clase social.

El ejercicio B, también pone de relieve las diferencias, pero también demuestra nuestras similitudes, y muestra como éstas influyen en las percepciones de nosotros y de los otros. Estas percepciones no son buenas o malas, sólo diferentes.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

El siguiente ejercicio de levantar la mano, está diseñado para destacar las diferencias, pero las similitudes también se harán evidentes. Diles a los participantes que les harás una serie de preguntas a las cuales tú quieres que respondan levantando la mano. Diles que vean y anoten la respuesta de sus compañeros. Pregunta cualquiera o todas las interrogantes siguientes:

- ¿Cuántos de ustedes viven dentro del área donde se está llevando a cabo la sesión?
- ¿Cuántos de ustedes viven fuera del área?
- ¿Cuántos de ustedes son hijos únicos?
- ¿Cuántos de ustedes tienen una hermana o un hermano solamente?
- ¿Cuántos de ustedes tienen más de una hermana o hermano?
- ¿Cuántos de ustedes tiene un abuelo que sabe una lengua indígena?
- ¿Cuántos de ustedes tienen abuelos que vinieron de otro estado o comunidad?
- ¿Cuántos de ustedes tienen abuelos que son de este estado o comunidad?

- ¿Cuántos de ustedes no tienen seguro médico?
- ¿Cuántos de ustedes hablan otra lengua además del español?
- ¿Cuántos de ustedes hablan mas de dos lenguas además del español?
- ¿Cuántos de ustedes no tienen experiencias o tienen una mínima experiencia clínica en trabajar con la violencia doméstica?
- ¿Cuántos de ustedes tienen experiencia clínica moderada en trabajar con la violencia doméstica?
- ¿Cuántos de ustedes tienen experiencia clínica amplia en trabajar con la violencia doméstica?

Concluya haciendo una revisión de los puntos y expresando la meta del ejercicio

- 1 Todos tenemos similitudes y diferencias que influyen en nuestras experiencias y en nuestras perspectivas. Algunas similitudes y diferencias pueden ser visibles, otras no.
- 2 Este ejercicio nos ayuda a reconocer las diferencias más generales, la complejidad de cada individuo y las suposiciones que hacemos acerca de otras personas.

ACTIVIDA INTERACTIVA

Ejercicio B

El siguiente ejercicio de grupo tiene la intención de ayudar a los participantes a empezar a reconocer las diferencias, así como la similitud que pueden ser evidentes. Se le dice a los participantes que se utilizará la analogía de los zapatos

1. Inicie nombrando cinco tipos de zapatos. De instrucciones a los participantes de que elijan un tipo de zapatos que mejor lo representen (si usted fuera zapatos y no persona, qué zapatos elegiría ser). Ellos no pueden nombrar el tipo de zapatos que están utilizando, pero sí el par de zapatos con los que se auto identifican. No ofrezca descripciones de los zapatos, solamente nómbralos.
 - Zapatos de vestir.
 - Botas de excursionismo.
 - Mocasines.
 - Zapatos para correr o tenis.
 - Sandalias.
2. Déle a los participantes 30 segundos para que escojan el zapato con el que más se identifiquen
3. Después dígame a los participantes que levanten la mano cuando usted señale el zapato que eligió. Dígame a los participantes que vean e identifiquen cuál es la respuesta de sus colegas
4. Pregunte a algunos participantes que compartan su pensamiento acerca de haber sido ese zapato. Pueden haber comentarios positivos o negativos señalando a cada zapato, concluya el ejercicio haciendo notar lo siguiente:

Todos tenemos diferencias y similitudes basadas en cómo percibimos e identificamos a los demás y a nosotros mismos.

Los proveedores de servicios de salud pueden haber interactuado con pacientes que ellos percibieron como culturalmente diferentes. De un ejemplo, o pide un ejemplo del grupo.

La respuesta que dan los proveedores de los servicios de salud a los pacientes esta matizada por las percepciones que él tenga de las diferencias o similitudes. Este ejercicio puede realizarse a través de otras analogías (carros, etc.)

B. DEFINICIÓN DE CULTURA

1. La cultura es el área en donde se dan las diferencias y las igualdades con otros.

⇒ **Nota para el instructor:** Distribuir el resumen #2-3 (definición de cultura) o proyecte el resumen # 2-2 como transparencia.

2. Definición de cultura

Para los fines de este taller definimos cultura como:

Las experiencias compartidas y las cosas en común que un grupo de individuos ha desarrollado en relación con los cambios que se dan en los contextos políticos y sociales.

3. La cultura puede estar basada en

- Raza.
- Etnia.
- Orientación sexual.
- Religión .
- Edad.
- Clase,
- Condición migratoria.
- Condición de discapacidad.
- Otros ejes de identificación.

C. LA CULTURA ES CAMBIANTE Y HETEROGÉNEA Y ESTÁ DETERMINADA POR LA HISTORIA Y LA GEOGRAFÍA.

1. La cultura está en continuo cambio.

Por lo tanto los proveedores de servicios de salud no deben asumir que, solamente porque un paciente provenga de un grupo cultural particular, no quiere decir que necesariamente comparte valores comunes que son atributos de dicho grupo.

2. Hay una gran diversidad intracultural así como intercultural.

Debemos reconocer las diferencias así como las similitudes que existen en las culturas.

- Por ejemplo, lo que los pacientes definen como salud dependerá dentro del mismo grupo cultural de puras diferencias como las religiosas, las de clases etc.

D. AMBAS CULTURAS, LA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD Y LA DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA (DEFINIDA ARRIBA) IMPACTAN EL CUIDADO DE LA VÍCTIMA

1. La interacción entre los individuos durante la consulta se ve afectada por los conocimientos, actitudes y conductas de ambos, el proveedor de servicios y la víctima. Por ejemplo:

- ⇒ Una mujer indígena, puede no tener confianza de revelar que es víctima de violencia doméstica a un enfermero blanco, debido a diferencias culturales, valores y estereotipos.
- ⇒ Un proveedor de servicios de salud, puede no preguntar acerca de la violencia doméstica en una mujer blanca clase media, porque asume que en este tipo de mujer no se da la experiencia de violencia doméstica.

2. Actividad Interactiva para la Sección II-D

ACTIVIDAD INTERACTIVA

El siguiente ejercicio ilustra como el uso y la definición de las palabras pueden ser diferentes entre un proveedor de los servicios de salud y el paciente, coloreando cada una de sus perspectivas durante una consulta médica.

A pesar que los términos raza, etnia y nacionalidad a menudo se usan intercambiándolos, en realidad tienen significados diferentes

1. Pregunta a los participantes la definición de etnia, escríbela en un rotafolio o en el pizarrón , revisa la definición con el grupo.

La etnia se refiere a las características individuales en torno a raza, nacionalidad y tribu, religión o familia lingüística. Una persona que se autoidentifica como chamula, pedrano, chol, se están autoidentificando dentro de un grupo étnico.

2. Ahora pregunta a los participantes que defina nacionalidad. Escribe la respuesta en un rotafolio o en el pizarrón , revisa la definición con el grupo.

Nacionalidad se refiere al país de origen o nacionalidad. Por ejemplo las personas que se autoidentifican como estadounidense o español se refieren a su nacionalidad adquirida o de origen.

3. *Escriba la definición de raza y las respuestas en un rotafolio o en el pizarrón , revisa la definición con el grupo. Revise la definición de raza, señalando las diferencias de los términos previos.*

Raza generalmente se refiere a las características físicas que son transmitidas en forma genética (como color de piel, estructura de los huesos, forma de los ojos etc.)

Este ejercicio te permite obtener una gran variedad de respuesta de los participantes. Alguno puede tener una visión clara de estos términos y sus significados. En la discusión, hay que referirse en la forma en que estos términos son históricos y han sido utilizado y desechados a lo largo del tiempo, esto se puede reconocer en los censos por ejemplo)

4.- *Resumen*

Este ejercicio ilustra las distintas maneras en que utilizamos los términos y a menudo la certeza que sentimos de nuestra propia definición. Esto también se puede decir de definiciones como el de violencia doméstica, familia, compañero y algunos otros términos que en donde nuestra pertenencia a cierta cultura está afectando la definición.

Cuando trabajamos con víctima de violencia doméstica. Los proveedores de servicios de salud deben escuchar y reconocer las sutilezas en el significado de términos como el de "violencia doméstica", "Familia", "compañero", etc. (Por ejemplo, una paciente puede entender como mujer maltratada aquella que no es capaz de defenderse, y por lo tanto excluye sus experiencias de ser maltratada, de las de defenderse.) A menudo es de ayuda preguntar a las pacientes qué quieren decir cuando utilizan ciertos términos. Entonces los trabajadores de los servicios de salud podrán ser capaces de usar palabras apropiadas para sus pacientes.

La perspectiva de la persona puede ser invisible, pero esto afecta directamente en la interacción entre prestadores de servicios de salud y pacientes.

E COMPETENCIA CULTURAL

⇒ **Nota para el instructor:** remita a los participantes al resumen #2-4 y/o proyecte la transparencia #2-3

1. La competencia cultural es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud:
 - Combina un conocimiento general con la información particular que proviene del paciente
 - Incorpora ese conocimiento a su propia perspectiva
 - Se acerca a la definición de cultura con autorreflexión y mente abierta
2. Reconocer que los individuos tienen diferentes perspectivas basadas en la diversidad es el primer paso en un largo camino para volverse culturalmente competente.

F CUANDO TRABAJAMOS CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA (VVD) UNA COMPETENCIA CULTURAL EXITOSA INCORPORA LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES

Nota para el instructor: proyecte la transparencia #2-4

- El entendimiento de la definición de competencia cultural
- El conocimiento de nuestras propias perspectivas, prejuicios y el conocimiento acerca de nuestros pacientes y su cultura y;
- El reconocimiento del poder profesional en el sentido de evitar las imposiciones de nuestros valores en los pacientes (tales como el poder diferencial que hay entre el proveedor y el paciente)

III COMPETENCIA CULTURAL. UN MODELO PRÁCTICO (20 MINUTOS)

Un modelo Práctico de Competencia Cultural

A	Suposiciones (assumptions)	el acto de dar por hecho que un pensamiento o idea es verdad
B	Creencias (Beliefs)	Ideas compartidas acerca de cómo un grupo opera
C	Comunicación	Las dos maneras en que se comparte la información y resulta en un entendimiento entre el que recibe y el que envía
D	Diversidad	La manera en que verdaderamente la gente difiere (a pesar de las suposiciones y las creencias de otras personas) y el efecto que esas diferencias tienen en la respuesta del sistema de salud
E	Educación /Ética	Obtener conocimiento acerca de la diversidad de los grupos y reconocer que los aspectos éticos pueden ser vistos de manera diferente por grupos diferentes

A. Este modelo práctico puede ser utilizado para ayudar a los proveedores de atención si ellos incorporan el concepto de diversidad en su trabajo con las víctimas de violencia doméstica

1. Este es un modelo para proveedores de servicios de salud para ser utilizado en la reflexión de sus propias actitudes y conductas. Es diseñado para ayudarlos a integrar los aspectos culturales en su práctica y mejorar el cuidado médico en contextos multiculturales.
2. Puede ser utilizado para mejorar todos los aspectos que involucran una respuesta a la violencia doméstica. El diagnóstico, evaluación, intervención y documentación.
3. Debe ser utilizado como el principal punto durante la interacción con pacientes o colaboradores así como en casos de consulta

⇒ **Nota para el instructor:** brinde el resumen #2-5 o proyecte la transparencia #2-5. Revisa los elementos del modelo práctico. Si el grupo se enfrasca en una discusión de una diferencia específica, reenfoque la conversación hacia la totalidad del modelo y las meta de la sesión.

B: Elementos del Modelo

1. Supuestos

- a. En las suposiciones se da por hecho que la idea o el pensamiento son verdaderos.
- b. Estas suposiciones pueden estar basadas en ninguna experiencia o datos. A menudo existen desviaciones y estereotipos.
- c. Suposiciones acerca de la violencia doméstica.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Pregunta a los participantes: antes de la presentación “la violencia doméstica: un asunto de salud primario” Cuáles eran sus suposiciones sobre violencia doméstica, incluyendo

- La naturaleza del problema y su impacto en la salud.

- Sus causas.
- Victimarios.
- Víctimas.

¿Resultó eso incorrecto?

Por ejemplo:

Una suposición inexacta es que las mujeres pueden dejar la violencia doméstica si ellas lo desean lo suficiente.

d. Suposiciones acerca de la cultura

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Pregunta a los participantes:

“Señala una suposición que tenías en relación a la cultura que te hubieras dado cuenta que era inexacta”.

Solicita 2- 3 ejemplos.

Los participantes deben recordar que:

- Los proveedores de servicios de salud no deben asumir que los participantes provienen de un grupo particular y que necesariamente comparten los valores que se les atribuyen a ese grupo.
- Hay una gran diversidad entre las culturas.
- Debemos conocer las cosas en común y las diferencias entre las culturas.

e. Las suposiciones del proveedor de salud y la víctima de violencia doméstica pueden afectar la respuesta al cuidado de la salud.

Algunas suposiciones pueden ir en detrimento del cuidado de la víctima de violencia doméstica. Por ejemplo:

⇒ Si un proveedor de servicios de salud, supone que una mujer de determinada clase social no puede ser una mujer maltratada, puede no realizar la detección de violencia doméstica y de esta manera inhibir la revelación por la paciente y disminuye la habilidad del proveedor para proporcionar asistencia o referencia.

f. El primer paso para aplicar el modelo de competencia cultural es reflexionar si estás haciendo alguna suposición que puede evitar una buena práctica médica.

B es para Beliefs (Creencias)

- a. Las creencias son ideas compartidas acerca de la forma en que un grupo opera.
- b. Las creencias son dogmas que son sostenidos por un grupo de personas y usualmente están basados en el examen de ciertas evidencias (experiencia y /o datos).
- c. Las creencias pueden ser falsas o verdaderas:
 - Algunas creencias han sido probadas como verdaderas. Por ejemplo: el fumar causa problemas de salud.
 - Otras creencias han sido probadas como falsas debido a nuevas evidencias, como por ejemplo; Que la tierra es plana o que el SIDA se puede transmitir a través de un beso.
 - Algunas creencias pueden ser parte de un grupo, en general, pero no necesariamente de cada uno de los individuos de cada grupo. Por ejemplo: Un grupo puede evitar hablar de sí mismo, y un individuo de ese grupo puede estar muy dispuesto a hablar sobre sí.

⇒ *Nota para el instructor: Relaciona una de las suposiciones que previamente ha discutido con las creencias que la mayor parte de los participantes sostienen o que recientemente han aprendido, en relación a la violencia doméstica. Muestre como esta suposición potencialmente dañina es inconsistente con la creencia, por ejemplo:*

- *Suposición falsa: “Los gays y las lesbianas no son maltratados” contra la creencia de “que cualquiera puede ser víctima de violencia doméstica.”*
- d. Tanto las creencias del proveedor de los servicios de salud, como de la víctima de violencia doméstica pueden impactar la respuesta de salud a la violencia doméstica.. Estas creencias pueden ser de ayuda y no pueden dañar a la víctima.
 - Una creencia benéfica; el proveedor de los servicios de salud, cree que la violencia doméstica, cruza a todas las culturas y en consecuencia él realiza una detección a todas sus pacientes.
 - Una creencia dañina: Creer que la víctima no puede cuidarse a ella misma, el proveedor de los servicios de salud, solicita ayuda policiaca en todo los casos de violencia doméstica que él detecta, sin consentimiento de la víctima.
 - e. Discusión de las creencias de los participantes

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Toma de 2 a 3 minutos para facilitar un ejercicio de creencias al formular la siguiente pregunta a la audiencia:

“nombre una creencia que tienes, como adulto, que sea diferente de la de tus padres, abuelos, tíos etc.”

Solicítale a un participante que de brevemente un ejemplo.

Entonces pregunta al grupo qué piensa en una creencia que tengan, o que uno tenga, en relación con la cultura y la violencia doméstica (tales como la creencia de que la mayoría de los indígenas son alcohólicos y que esto es la causa de la violencia doméstica). Analiza como una creencia puede ayudar y prevenir el cuidado a la salud de un prestador de salud al identificar o asistir a una víctima de violencia doméstica.

C: comunicación

- a. La comunicación es la forma en dos vías de compartir información y que da como resultado el entendimiento entre el que recibe el mensaje y el que lo envía.
- b. Los supuestos y creencias sobre cultura y violencia doméstica de ambos, puede crear barreras en la comunicación.
- c. Los proveedores de servicios de salud pueden comunicar sus prejuicios y el conocimiento acerca de los pacientes y su cultura en forma verbal y no verbal a través de gestos y conductas.
- d. Para evitar las barreras de comunicación, los proveedores de servicios de salud deben generalmente de:
 - Hablar de la violencia doméstica de manera privada.
 - Generalizar el asunto sobre violencia doméstica.
Por ejemplo usted podría decir “ Yo he visto un número de pacientes que han experimentado esto...”
 - Use el contacto visual apropiado dependiendo de la cultura de los pacientes, esto puede variar dependiendo de las creencias culturales.
 - Use términos apropiados con las pacientes. Las definiciones de familia, violencia doméstica, compañero etc. Que las pacientes tienen, pueden diferir del entendimiento que tenga el proveedor de salud.
- e. Para una apropiada respuesta de salud el proveedor deberá partir de:
 - Ser imparcial y calmado.
 - Ser paciente, escuchar atentamente y dejar que relaten su experiencia.
 - Ser respetuoso de los valores culturales, buscando clarificación cuando sea necesario.
 - Reconocer las fortalezas de las pacientes y aquellas que provienen de sus culturas (lealtad familiar o espiritual).
 - Estar dispuesta a las negociaciones entre los diferentes valores, cuando la salud de la paciente esté en peligro. Por ejemplo, un proveedor de servicios de salud puede querer cambiar las creencias de las pacientes, debido a la premisa cultural de que se merecía esa paliza.
- f. Puede ser necesaria la ayuda para mejorar la comunicación entre el prestador de servicios de salud y los pacientes.
 - Si está insegura de los términos apropiados pregunte al paciente qué términos cree que son correctos.

- Utilice un traductor profesional cuando existan barreras de lenguaje. Para garantizar la seguridad de los pacientes asegúrese de que ellos puedan hablar libremente, no permita que los esposos o familiares que acompañan a la paciente sean al mismo tiempo los traductores.

⇒ *nota para el instructor: Use un lenguaje sencillo y definiciones amplias de violencia doméstica, sobre todo, si parece que su paciente tiene una comprensión difícil de idioma o su nivel de educación no le permite entender los términos que usted usa.*

D: Diversidad

- a. En este modelo práctico, la diversidad se refiere a la manera en que cada persona es verdaderamente diferente (a pesar de las suposiciones y creencias de otras personas) y el efecto que estas diferencias tiene en las respuestas sobre la atención a la salud.
- b. Cuando utilice este modelo práctico, la diversidad se refiere al examen de cualquier aspecto adicional de la cultura (incluyendo poder, diferencias) que no son consideradas cuando se habla de los supuestos o creencias. Estos aspectos también pueden impactar la relación entre paciente y proveedor. Por ejemplo:
 - Un proveedor de servicios puede haber examinado sus suposiciones o creencias en relación a la cuestión étnica del paciente pero no consideró su orientación sexual.

Un punto importante sobre la diversidad en la interacción entre proveedor de servicios y pacientes es el inherente al poder. En los servicios de salud, los proveedores de servicios tienen inherentemente más poder que los pacientes y como resultado más habilidad para imponer sus puntos de vista sobre el paciente. Más aún, el proveedor de servicios de salud debe percatarse de sus propias tendencias y prejuicios, así como el acercamiento a sus pacientes con una autorreflexión y con mente abierta.

E: por educación y ética

- a. Educación es la adquisición de conocimiento acerca de diversos grupos.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Ofrece uno o dos ejemplos sobre aspectos de diversidad que negativamente impactan la respuesta sobre violencia doméstica, pero termina la discusión con un ejemplo positivo. Por ejemplo:

Una respuesta negativa sobre un aspectos sobre diversidad:

Una paciente, sexo servidora salvadoreña, solicita atención médica con múltiples lesiones. El proveedor de servicio de salud (correctamente) asume que ella es víctima de violencia doméstica y recomienda llamar a la policía. La paciente niega el abuso porque ella es una indocumentada y tiene miedo de que si reconoce la

violencia, el médico la envía a los servicios de naturalización e inmigración. El proveedor de servicio de salud se frustró con la negación de los hechos sobre violencia doméstica y su indisposición de llamar a la policía y se niega a atender a la paciente.

Una respuesta positiva en relación a la diversidad

Una joven indígena niega ser víctima de violencia doméstica a pesar de que presenta lesiones consistentes con una agresión intencional. El prestador de servicios de salud le envía durante la consulta mensaje de apoyo y de preocupación, le proporciona información culturalmente apropiada para que ella la utilice si así lo desea

Pregunta al grupo si tienen algún ejemplo sobre la diversidad y la experiencia cultural que haya afectado el desarrollo del cuidado a la salud,

- B: La ética es reconocer que los aspectos éticos pueden ser visto de manera diferente entre los grupos. Por ejemplo:
 - a El uso de la fuerza legal es experimentada de manera diversa por diferentes culturas; estas diferencias presentan específicos dilemas a los pacientes o a los proveedores, dependiendo de su cultura
 - b. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales de cada cultura y el punto de vista de los aspectos éticos. Los proveedores de servicios de salud deben siempre recordar y estar abiertos al aprendizaje de sus pacientes y de otros proveedores de servicios de salud.
 - c. La competencia cultural es un proceso que debe irse consolidando a lo largo de la vida. Educarse a uno mismo y ser sensible con la ética de cada cultura a través de:
 - Escuchar atentamente a los pacientes.
 - Trabajar o ser voluntario en la comunidad que represente a tus pacientes.
 - Estar en contacto con alguien que abogue y que represente a la comunidad de tus pacientes.
 - Conducir o atender un servicio de entrenamiento que de atención específica sobre violencia doméstica en la comunidad.

IV USANDO EL MODELO PRÁCTICO DE COMPETENCIA CULTURAL (30 MINUTOS)

A. Una respuesta efectiva para la violencia doméstica.

⇒ *Nota para el instructor: Revisa el siguiente material y proporcionales a los participantes el resumen #2-6 el cual cubre los principales puntos del módulo 1. Debido al límite de tiempo no revises el material del resumen.*

Para mejorar la respuesta del sistema de salud y hacerla más efectiva, así como para ser parte coordinada de los servicios de la comunidad, los proveedores de los servicios de salud deben entender lo siguiente:

- 1 La dinámica de la violencia doméstica incluyendo:
 - La naturaleza del problema y su impacto a la salud;
 - Sus causas;
 - A los victimarios y;
 - A las víctimas.
- 2 Así como el contexto cultural tanto de la víctima de la violencia doméstica, como del prestador de servicio de salud.

b. Aplicando el modelo práctico de competencia cultural.

⇒ *nota para el instructor: Para este ejercicio, el entrenador debe desarrollar casos resúmenes con distintos escenarios que permitan a los participantes examinar las respuestas a los pacientes y formular acercamientos de competencia cultural. Los entrenadores deben ofrecer casos que representen la población de los pacientes y de sus servicios de salud. Ver el resumen de muestra # 2-7 para instrucciones. Adicionalmente distintos escenarios se muestran en el apéndice A.*

Introduce el siguiente ejercicio diciendo que se da a los participantes la oportunidad de utilizar la competencia cultural descrita en la sección III y la lección aprendida en el módulo 1.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Demostrando el modelo

Desarrolla o selecciona los escenarios descritos en el apéndice A, con el objeto de demostrar el modelo. Lee los casos en voz alta a todo el grupo y discute cada paso que se señala (discutan las suposiciones acerca de cada paciente y sus creencias, así como el impacto en la interacción con el proveedor de servicio de salud): Analicen una o dos de las preguntas y presenta las respuesta a cada una de ellas.

Haga que los participantes practiquen usando el modelo.

Dependiendo del tamaño del grupo y de la cantidad de tiempo disponible elige cualquiera de los siguientes ejercicios.

Opción 1

Lee un segundo caso en voz alta y solicita respuestas de los participantes en relación a cada una de las secciones de modelo (cuáles son sus suposiciones, y las creencias en relación con los pacientes, es relevante la comunicación en relación con las preguntas y solicita respuestas de los participantes.

Opción 2

Divide a los participantes en pequeños grupos y distribuye una copia del caso en cada uno de los grupos. Selecciona en cada grupo un facilitador. Se lee el caso

en voz alta y el facilitador inicia la discusión sobre cada elemento del modelo de práctica (ABCDE). Supervisa los grupos y facilita la discusión en caso de ser necesario. Después de 15 minutos haz un balance para cerrar el módulo.

Conclusiones 5 minutos

A. Revisa los puntos clave mostrando las definiciones de los términos cultura y competencia, cultura y su aplicación con la violencia doméstica

1. Cultura consiste en experiencias compartidas y cosas en común que grupos de individuos han desarrollado en relación a un cambiante contexto social y político basado en: raza, grupo étnico, orientación sexual, religión, edad clase social o estatus migratorio, discapacidad u otros ejes de identificación. La cultura fluye continuamente, es heterogénea y está determinada por la historia y la geografía.
2. La competencia cultural se refiere al proceso por el cual los proveedores de servicios de salud:
 - Combinan el conocimiento general con la información específica que provee el paciente.
 - Incorporan el conocimiento de las tendencias propias.
 - Y se aproxima a la cultura con ojos críticos y mente abierta.

B. El modelo práctico de competencia cultural es una herramienta que promueve la respuesta a la violencia doméstica libre de discriminación.

Provee un marco de referencia a los proveedores de servicios de salud que los involucra en un proceso de autorreflexión que les ayuda a integrar el conocimiento de los aspectos culturales durante la interacción con sus pacientes.

C. volverse culturalmente competente es un proceso a largo plazo

Al trabajar con la violencia doméstica una intervención culturalmente apropiada y exitosa comienza con:

- El conocimiento de nuestros propias tendencias, prejuicios y conocimientos;
- El reconocimiento del poder profesional para evitar imponer nuestros propios valores a los pacientes;
- El conocimiento concerniente a nuestros pacientes y su cultura y;
- Una actitud abierta y respetuosa hacia las nuevas ideas y diferentes perspectivas.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Anote las preguntas y comentarios generales

➡ *Nota para el instructor: Solicita a los participantes que llenen el resumen # 2-5, la hoja de evaluación*

Puntos de discusión

Un amplio rango de respuestas puede aparecer durante la discusión de violencia doméstica y cultura, basadas en las percepciones, inclinaciones y prejuicios de los participantes. Abajo están algunos de estos puntos generales:

1. Las reglas generales de trabajo son un aspecto importante porque enumeran conductas aceptables que permiten un ambiente seguro, abierto a una discusión honesta.
No puedes dejar de lado este aspecto en el modulo. Debes estar atento a las violaciones de estas reglas. El capacitador debe estar preparado para llevar a los participantes al cumplimiento de estas reglas.
2. Debes estar muy atento a cualquier intento de aplicar las reglas o de formular nuevos acercamientos al entendimiento de la cultura de grupos específicos.
Refuerza el hecho de que la cultura se cambia y es heterogénea, determinada por el tiempo y la geografía. Recuerda a los participantes que hay una gran diversidad entre las culturas e intracultura.
3. Ayuda a los participantes a reconocer el poder profesional que ellos tienen en la interacción con los pacientes.
Escucha los comentarios de los participantes que sugieren que no tienen al alcance un poder diferencial, en particular con las víctimas de violencia doméstica quienes pueden estar temerosas a hablar o divulgar.
4. Alienta a los participantes a educarse a ellos mismos acerca de la cultura de sus pacientes.
Los participantes pueden preguntar al capacitador acerca de sugerencias para responder de la mejor manera a grupos culturales específicos. Recuerda a los participantes que este entrenamiento solamente provee una guía general. Sugiere que el proveedor obtiene información específica a través de:
 - **Aprender directamente de la cultura por medio de los pacientes.**
 - **Buscar clarificar aquellos conceptos que no entiende.**
 - **Establecer lazos dentro de las comunidades que representan a la cultura del paciente.**
5. Refuerza el hecho de que el cuidado culturalmente competente puede ser la mejor manera de garantizar la seguridad de las pacientes y su autodeterminación.

RESUMENES PARA LOS PARTICIPANTES DEL MODULO DOS

RESUMEN #2-1	Metas del módulo sobre competencia cultural.
RESUMEN #2-2	Reglas sugeridas para el módulo sobre competencia cultural.
RESUMEN #2-3	Definición de cultura.
RESUMEN #2-4	Definición de competencia cultural.
RESUMEN #2-5	Modelo práctico de competencia cultural.
RESUMEN #2-6	Causas e impacto de la violencia doméstica.
RESUMEN DE MUESTRA #2-7	Escenarios caso para la aplicación del modelo práctico. (para ser desarrollado por el instructor, instrucciones incluidas).
RESUMEN #2-8	Hoja de evaluación para el Módulo Dos.

RESUMEN #2-1

METAS DE LA SESION SOBRE COMPETENCIA CULTURAL

- Definir los términos “cultura” y “competencia cultural” y su aplicación a la violencia doméstica.
- Aumentar la conciencia del prestador de servicios de salud en relación a la cultura, y cómo interactuar dentro de perspectivas culturales diferentes, al responder a las víctimas de violencia doméstica.
- Brindar un modelo práctico que promueva una respuesta a la violencia, la cual esté libre de discriminación y a la vez comprometida con la competencia cultural.

RESUMEN #2-2

REGLAS SUGERIDAS

- Desafíese en relación a sus suposiciones y creencias
- Escuche nuevas ideas y perspectivas con responsabilidad
- No es correcto culpar, juzgar o criticar
- Hable por sí mismo, basado en sus experiencias personales
- No se espera que hable o discuta asuntos más allá de su nivel de confort
- Mantenga confidencial la información discutida en la sesión.

RESUMEN #2-3

DEFINICION DE CULTURA

La cultura se refiere a experiencias compartidas o aspectos en común que grupos de individuos han desarrollado en relación a un cambiante contexto social y político, basados en:

- Raza
- Grupo étnico
- Orientación sexual
- Religión
- Edad
- Clase social
- Estatus migratorio
- Discapacidad
- Otros ejes de identificación

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL

1. La competencia cultural se refiere al proceso mediante el cual los prestadores de servicios de salud

- Combinan conocimientos generales con la información específica brindada por el paciente,
- Incorporan una conciencia de sus propias tendencias, y
- Abordan la definición de cultura con una mente reflexiva y abierta.

Reconocer que los individuos tienen diferentes perspectivas basadas en su diversidad, es el primer paso de un largo proceso para volverse culturalmente competente.

2. Al trabajar con víctimas de la violencia doméstica, una intervención exitosa y culturalmente competente incorpora:

- Un entendimiento de la definición de competencia cultural,
- Una conciencia de las tendencias personales, los prejuicios y el conocimiento relativo a los pacientes y su cultura, y
- Un reconocimiento del poder profesional (como por ejemplo el poder diferencial entre prestador de servicios y paciente) para evitar imponer los valores propios al paciente.

RESUMEN #2-5

MODELO PRACTICO DE COMPETENCIA CULTURAL

A	Supuestos	El acto de dar por hecho o suponer que un pensamiento o idea es verdadero.
B	Creencias	Ideas compartidas acerca de cómo opera un grupo
C	Comunicación	El sistema de compartir información de dos vías que resulta en un entendimiento entre el receptor y el emisor.
D	Diversidad	La forma en que las personas difieren(a pesar de las suposiciones o creencias de otras personas) y el efecto que esas diferencias tienen en su respuesta al cuidado de salud
E	Educación/Etica	Obtener conocimiento sobre diversos grupos y reconocer que los asuntos éticos pueden ser vistos de manera diferente por diferentes grupos

Adaptado del modelo práctico desarrollado por el Equipo para la Diversidad(1996-97) de la Asociación de Enfermeras de Emergencia (ENA por sus siglas en Inglés):Park Ridge, Illinois.

RESUMEN #2-6

CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

CONDUCTA APRENDIDA:

- A través de la observación
- A través de la experiencia y el reforzamiento
- En la cultura
- En la familia
- En comunidades: escuelas, grupos de amigos, etc.

NO ES CAUSADA POR:

- Enfermedad
- La genética
- Alcohol/drogas
- Enojo/estrés
- Conducta fuera de control
- Conducta de la víctima o problemas en la relación

RESUMEN DE MUESTRA #2-7

MUESTRA

INSTRUCCIONES PARA DESARROLLAR ESCENARIOS CASO PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO PRACTICO

(Para ser desarrollado por el instructor)

los instructores deben desarrollar escenarios caso que representen los números de pacientes en su ambiente de salud. Además de esto, se brindan muestras en el apéndice A. Siga los siguientes pasos al desarrollar escenarios caso:

1. Revise los ejes culturales de identificación

- Raza
- Grupo étnico
- Orientación sexual
- Religión
- Edad
- Clase social
- Estatus migratorio
- Discapacidad
- Otros ejes de identificación

2. Seleccione grupos culturales específicos que sean comunes en el escenario de salud (como mujeres indígenas monolingües, mujeres mestizas analfabetas, adolescentes de otros estado de la república etc.).

3. Escriba el caso ejemplo a manera de resumen breve de la presentación clínica o la interacción con un prestador de servicios de salud. (ver muestra en el apéndice A)

4. Para cada paso del modelo práctico (ABCDE), pregunte a los participantes que reflexionen en temas relevantes como:

- ¿Qué supuestos acerca de la cultura de este paciente tienen?
- ¿Qué creencias tienen en torno a la presentación de este paciente? Etc.
(para desarrollar estas preguntas, tome como modelo las muestras en el apéndice A)
- ¿cuáles son los asuntos de comunicación relevantes para la interacción paciente/prestador?
- ¿Qué aspectos adicionales de diversidad pueden estar presentes, los cuales no hayan sido examinados por su reflexión sobre supuestos y creencias?
- ¿Qué recomendaciones de carácter educativo le pueden hacer al prestador de servicios de salud?
- ¿Cuáles son los aspectos éticos (si los hay) presentados en este escenario caso?

RESUMEN # 2-8

**EVALUACION DEL MODULO DOS
LA VIOLENCIA DOMESTICA:
LA COMPETENCIA CULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Sus comentarios y sugerencias nos ayudarán a brindarle mejores entrenamientos en el futuro.

- 4) ¿Le será útil esta información en su área de responsabilidad actual?
 Sí no

¿Qué fue lo más útil?

¿Qué fue lo menos útil?

5) la información presentada fue:

- demasiado complicada apropiada demasiado simple

6) el presentador fue:

- muy efectivo algo efectivo no efectivo

comentarios: _____

TRANSPARENCIAS/ACETATOS PARA EL MODULO DOS

TRANSPARENCIA #2-1	Metas del modulo de competencia cultural
TRANSPARENCIA #2-2	Definición de cultura
TRANSPARENCIA #2-3	Definición de competencia cultural
TRANSPARENCIA #2-4	Elementos de una intervención culturalmente competente
TRANSPARENCIA #2-5	Modelo práctico de competencia cultural

METAS DEL MODULO SOBRE COMPETENCIA CULTURAL

- Definir los términos “cultura” y “competencia cultural” y su aplicación a la violencia doméstica.
- Aumentar la conciencia del prestador de servicios de salud en relación a la cultura, y cómo interactuar dentro de perspectivas culturales diferentes, al responder a las víctimas de violencia doméstica.
- Brindar un modelo práctico que promueva una respuesta a la violencia, la cual esté libre de discriminación y a la vez comprometida con la competencia cultural.

DEFINICION DE CULTURA

La cultura se refiere a experiencias compartidas o aspectos en común que grupos de individuos han desarrollado en relación a un cambiante contexto social y político, basados en:

- Raza
- Grupo étnico
- Orientación sexual
- Religión
- Edad
- Clase social
- Estatus migratorio
- Discapacidad
- Otros ejes de identificación

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL

La competencia cultural se refiere al proceso mediante el cual los prestadores de servicios de salud:

- Combinan conocimientos generales con la información específica brindada por el paciente,
- Incorporan una conciencia de sus propias tendencias, y
- Abordan la definición de cultura con una mente reflexiva y abierta.

Reconocer que los individuos tienen diferentes perspectivas basadas en su diversidad, es el primer paso de un largo proceso para volverse culturalmente competente.

ELEMENTOS DE UNA INTERVENCION CULTURALMENTE COMPETENTE

Las intervenciones culturalmente competentes incorporan:

- Un entendimiento de la definición de competencia cultural,
- Una conciencia de las tendencias personales, los prejuicios y el conocimiento relativo a los pacientes y su cultura, y
- Un reconocimiento del poder profesional (como por ejemplo el poder diferencial entre prestador de servicios y paciente) para evitar imponer los valores propios al paciente.

MODELO PRACTICO DE COMPETENCIA CULTURAL

- A. SUPOSICIONES**
- B. CREENCIAS**
- C. COMUNICACIÓN**
- D. DIVERSIDAD**
- E. EDUCACION/ETICA**

MODULO TRES

VIOLENCIA DOMÉSTICA: ESTRATEGIAS PARA LA REVISIÓN MÉDICA, VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD.

TIEMPO ASIGNADO: 90 MINUTOS

METAS Y OBJETIVOS:

1. Analizar junto con los prestadores de servicio que la violencia doméstica es un asunto importante de salud que requiere de la respuesta del sistema de salud.
2. Educar a los prestadores sobre formas simples, concretas y culturalmente apropiadas para mejorar su respuesta hacia las víctimas de violencia doméstica, a través de la revisión médica, valoración, intervención y documentación.

TIPS DE ENTRENAMIENTO:

1. FORMATO DEL CAPITULO:

El material de la presentación y las actividades están en un formato de resumen y escritos en negrita y en fuente regular. Las instrucciones para el facilitador están marcadas con un icono y escritas en cursiva. Las actividades interactivas están dentro de recuadros.

2. **Este resumen del contenido está basado en los materiales del capítulo 2 del Manual de Recursos, y los materiales desarrollados por el Comité de Competencia Cultural (ver el Manual de Recursos, apéndice A).**

Como un facilitador experimentado y con conocimientos sobre asuntos de violencia doméstica, estrategias clínicas y aspectos culturales, también tendrá sus propias experiencias y ejemplos para agregarlos a sus presentaciones.

3. **Puesto que este módulo se ocupa directamente de la práctica clínica, los facilitadores deberían estar familiarizados con las políticas clínicas que rigen las prácticas de los participantes.**

4. **Existe más material que puede ser cubierto adecuadamente en el tiempo asignado.**

Por lo tanto, los facilitadores necesitarán referirse, pero no revisar, los materiales sobre estrategias clínicas. El resumen del contenido incluye aquellos puntos de la presentación más relevantes para las estrategias clínicas culturalmente apropiadas. La presentación deberá darse por pasos para permitir un tiempo adecuado para que los participantes interactúen con el facilitador y con otros estudiantes acerca del material.

5. Si no cuenta con 90 minutos para realizar este módulo, este podrá ser dividido en dos secciones de 45 minutos cada una.

Otra opción es centrarse en un tema (por ejemplo, la revisión médica) y proveer material detallado para los demás (asesoría, intervenciones y documentación). A veces ir muy rápido para cubrir todas las secciones sin dar tiempo para que los participantes interactúen termina en el refuerzo de la desinformación y en una práctica deficiente.

6. Cuando prepare su resumen para la presentación, escoja casos ejemplos apropiados para los participantes que ilustren lo siguiente:

- La variedad de asuntos de salud que tienen que ver con la violencia doméstica.
- La diversidad de la cultura y los estilos interpersonales de las víctimas de violencia doméstica.
- Una variedad de respuestas efectivas por parte de los profesionales en salud.

Use ejemplos que reflejen la diversidad que los participantes experimentan en situaciones particulares. En algún punto de la presentación, puede ser útil ofrecer un ejemplo que ellos comúnmente no experimentarían. El usar una combinación de ejemplos típicos y no típicos, pone a los participantes a reflexionar sobre sus prácticas.

7. Apoyos visuales

Anote en su resumen cuando se usen materiales visuales o transparencias. También informe a los participantes si alguno de éstos se les provee como material.

8. Permita 2 o 3 comentarios al final de cada sección principal.

Responda a las preguntas brevemente y refiera a los participantes a los materiales escritos en el Manual de Recursos o a otros materiales para una mayor aclaración. Durante estos breves periodos de preguntas, evite abundar sobre un tema en particular, puesto que necesita cubrir todas las secciones y todavía permitir tiempo al final para ofrecer sugerencias concretas para cambiar la práctica individual.

9. Mini demostraciones

Puesto que este módulo está centrado específicamente en los cambios en la práctica clínica, los participantes responden bien a “MINI-DEMOSTRACIONES” de las estrategias de práctica para las secciones sobre la revisión médica, la asesoría y las habilidades de intervención.

Para cada uno de los segmentos de habilidades clínicas, siga su presentación del contenido con una mini-demostración. **Anime a los participantes descubrir que existe una variedad de métodos “correctos”, no sólo uno.**

ACTIVIDADES INTERACTIVAS

SUGERENCIAS PARA LAS MINI-DEMOSTRACIONES DE HABILIDADES CLÍNICAS.

OPCIÓN A

Haga que los participantes, como grupo, tomen el papel de los prestadores de servicios para dos casos presentados en la introducción. Pídales que hagan una lista de lo que ellos dirían o harían para revisar (asesorar, o intervenir) a las víctimas de violencia doméstica en esos casos específicos. Haga una lista en el pizarrón de los ejemplos concretos dados por los participantes o repita verbalmente sus sugerencias.

OPCIÓN B

Para cada habilidad clínica (revisión médica, asesoramiento e intervención), tome el papel de una usuaria quien es víctima de violencia doméstica. Invite a los participantes a que sean el prestador de servicios de salud y respondan a usted en el papel de la usuaria. Responda a los comentarios o preguntas como si fuera la usuaria. Repita la demostración con 2 o 3 participantes para obtener una variedad de respuestas apropiadas de parte de los clínicos.

OPCIÓN C

Haga que 2 o 3 participantes tomen el papel de una usuaria y usted tome el papel del prestador de servicios de salud. Provea un modelo apropiado de estrategias para la revisión (asesoría o intervención) de víctimas de violencia doméstica.

RESUMEN DE LA PRESENTACIÓN

VIOLENCIA DOMÉSTICA: ESTRATEGIAS PARA LA REVISIÓN, VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD.

I. INTRODUCCIÓN

(10 MINUTOS)



Nota para el facilitador: Lo siguiente está diseñado para ser una breve introducción para proveer el marco conceptual para la esencia de este módulo: las estrategias clínicas. Esta introducción es un resumen condensado de 10 minutos del Módulo 1. El mayor reto es mantener esta introducción en forma breve está preparado con los detalles de cada punto, enumere sólo los más importantes. Algunos participantes querrán discutir estos aspectos y nunca llegarán a la presentación de las estrategias clínicas prácticas. Aunque la revisión de esas habilidades clínicas prácticas es lo que es tan crucial para hacer cambios en los enfoques clínicos individuales con las usuarias. Remita a los participantes que quieran discusiones más extensas a las lecturas en el Manual de Recursos.

A. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA TIENE SERIAS CONSECUENCIAS EN LA SALUD, Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBERÍAN MEJORAR SU RESPUESTA HACIA LAS VÍCTIMAS.

⇒ **Nota para el facilitador:** Remita a los participantes al resumen # 3-1. Proporcione dos casos ejemplo para ilustrar el impacto de la violencia doméstica en la salud y la importancia de una óptima respuesta de salud. Los ejemplos del caso deberán reflejar los centros de salud de los participantes, la diversidad cultural de las usuarias, y la necesidad de mejorar la respuesta de salud de los prestadores de servicios.

Recuerde, este módulo está más enfocado a la práctica clínica, que a enseñar las dinámicas de la violencia doméstica. Consecuentemente, los ejemplos del caso deberían incluir información acerca del marco de la salud y la respuesta de los prestadores de servicios, al igual que el resultado de salud de esa respuesta. Los ejemplos pueden ser sacados de los escenarios del caso en el apéndice A y B.

B. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD VEN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CON UNA VARIEDAD DE CUESTIONES DE SALUD RESULTADO DEL ABUSO, INCLUYENDO:

1. Lesiones resultantes de la violencia doméstica (tanto fatales como no fatales).
2. Enfermedades o problemas de salud que son resultado directo de la conducta abusiva del agresor, tales como: espasmos musculares, dolores de cabeza recurrentes, enfermedades venéreas, dolores inespecíficos, ansiedad y depresión, etc.
3. Problemas de salud aparentemente no relacionados con la violencia doméstica, pero que son originados (o agravados) por la conducta controladora del agresor, tales como: víctimas que tienen dificultades para controlar enfermedades crónicas como la diabetes, asma, lupus, ataques, o abuso de drogas; debido a la retención de medicamentos y/o la negación al acceso regular de la víctima a los servicios de salud por parte del agresor, a la interferencia con el protocolo de salud, etc.

C. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA ES DEFINIDA COMO UN PATRÓN DE CONDUCTA.

⇒ **Nota para el facilitador:** use la transparencia # 3-1 (o un póster con las definiciones de violencia doméstica proporcionadas en el Módulo 1; el póster permitirá

que las definiciones permanezcan visibles toda la presentación) y remita a los participantes al resumen # 3-2. Haga alusión a la definición, pero no la discuta ampliamente.

1. Violencia doméstica es:

- El patrón de conducta agresiva y coercitiva.
 - Que incluye ataques físicos, sexuales y psicológicos, al igual que coerción económica.
 - Que los adultos y adolescentes usan contra sus parejas.
2. Las habilidades clínicas discutidas en este módulo tratan el abuso hacia la pareja, no el abuso hacia los niños o el abuso hacia los ancianos.

D. GUÍA DE PRINCIPIOS⁴ PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

⇒ **Nota para el facilitador:** use la transparencia # 3-2 (o un póster para los Guía de principios; el póster permitirá que la lista permanezca visible toda la presentación) y remita a los participantes al resumen # 3-3. Los facilitadores deberán sentirse a gusto al referirse a estos principios en todas sus instrucciones y alentar a los participantes a usarlos cuando no sepan como responder a una usuaria en particular o como desarrollar una respuesta institucional.

6. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
7. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar decisiones sobre su propia vida.
8. Hacer responsables a los agresores y no a las víctimas, tanto por del abuso como de detenerlo.
9. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
10. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

⁴ Estos son los Guía de principios para la iniciativa de salud del FUND y también aparecen en el Manual de Recursos, capítulo dos, sección I.

E. PARA RESPONDER DE UNA MANERA MÁS EFECTIVA A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y A SUS HIJOS, ESTAMOS HACIENDO CAMBIOS EN LA MANERA QUE NOSOTROS:

1. Hacemos una revisión médica para detectar violencia doméstica.
2. Valoramos la violencia,
3. Intervenimos con víctimas de la violencia doméstica, y
4. Documentamos la violencia doméstica como un problema de salud.

II. MEJORANDO LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD.

(15 minutos)

Los cambios en la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica necesitan traspasar las barreras del sistema y deben estar basados en un entendimiento de las fuerzas que influyen sobre las víctimas en su lucha por sobrevivir.

A. LAS BARRERAS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA RESPUESTA DE SALUD EFECTIVA SON O HAN SIDO:

1. La mala información y las ideas equivocadas que los prestadores de servicios tienen acerca de la violencia doméstica y/o acerca de las cuestiones culturales, a veces les llevan a tener metas no realistas para sus usuarias, o para ellos mismos como prestadores de servicios.⁵
2. La falta de habilidades clínicas para saber como responder efectivamente a través de pasos específicos y realizables con usuarias que vienen de contextos culturalmente diversos.⁶
3. Cuestiones estructurales del marco de salud⁷, por ejemplo: tiempo limitado o falta de apoyo administrativo para la revisión médica y/o respuesta hacia las usuarias, entrenamiento del personal, formas de documentación, etc.
4. Confusión por parte de los participantes sobre estándares de requerimientos de cuidado, confidencialidad y requisitos para los reportes.⁸
5. Falta de información de los participantes acerca de cuestiones legales y recursos comunitarios para las víctimas de violencia doméstica.⁹

⁵ Esta información es cubierta en los Módulos Uno y Dos.

⁶ Estos enfoques son presentados en los Módulos Dos y Tres.

⁷ Estas cuestiones son abordadas en cualquier instrucción y son cubiertas en el Capítulo Cuatro del Manual De recursos y en el apéndice B del Manual de Recursos.

⁸ Este material es discutido en el Módulo Cinco.

⁹ Este material es discutido en el Módulo Cinco.

Los cambios en la práctica deben superar estas barreras de los prestadores de servicios de salud. A veces, el cambio ocurrirá prestador por prestador. Otras veces el cambio se llevará a cabo a través del esfuerzo colectivo de los prestadores de servicios que desarrollen e implementen un protocolo que responda verdaderamente a las barreras en una forma más amplia.

☞ **Nota para el facilitador:** remita a los participantes a los protocolos de muestra y a las formas en el Manual de Recursos, apéndice C y a cualquier medida que ya esté siendo desarrollada en sus respectivos centros de salud.

B. LAS BARRERAS DE LAS USUARIAS QUE LES IMPIDE BUSCAR ASISTENCIA EFECTIVA PUEDEN INCLUIR CUALQUIERA DE LOS MÚLTIPLES FACTORES QUE INFLUENCIAN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, TALES COMO:

1. Miedo a las tácticas, muchas veces violentas y controladoras del agresor.
2. La posibilidad de perder la custodia de los hijos.
3. La falta de opciones realistas para obtener: recursos financieros, casa, empleo, seguridad, salud, etc.
4. Haber recibido una respuesta poco apropiada y que culpaba a la víctima por parte de otros prestadores de servicios, como por ejemplo: agentes de la ley, prestadores de servicios de salud, consejeros, sacerdotes, la familia, los amigos, etc.
5. Temor a un posible reporte de terceras personas por ejemplo a: reporte de prestadores de servicios de salud, ministerio público, autoridades judiciales, compañías de seguro etc.
6. Miedo de atraer atención hacia su situación migratoria, sin son extranjeras.
7. Cuestiones de lenguaje.
8. Cuestiones culturales o religiosas, por ejemplo: rechazo cultural a ciertos procesos médicos, temor a revelar su orientación sexual y a identificar una experiencia como violación marital, etc.

C. TRANSICIÓN AL RECORDATORIO DE LA PRESENTACIÓN:

Las siguientes secciones sobre revisión médica, valoración, intervención y documentación, están divididas aquí solamente para propósitos de enseñanza y con el entendimiento de que en la práctica clínica estas funciones están a menudo entrelazadas.

☞ **Nota para el facilitador:** proyecte la transparencia # 3-3 para una revisión de los cuatro temas principales: revisión médica, valoración, intervención y documentación, y remita a los participantes al resumen # 3-3. Para cada sección, los facilitadores deberán incluir ejemplos específicos de sus propias experiencias.

III. REVISIÓN MÉDICA DE RUTINA (15 minutos)

A. EL OBJETIVO DE LA REVISIÓN MÉDICA DE RUTINA: IDENTIFICAR A LAS USUARIAS QUIENES SON VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA PARA BRINDARLES UNA RESPUESTA EFECTIVA.

B. ¿POR QUÉ REALIZAR UNA REVISIÓN MÉDICA RUTINARIAMENTE?

1. La violencia doméstica es un asunto de salud muy común y significativo, es útil saber cuales usuarias son víctimas de violencia doméstica y cuales no.
2. Puesto que la violencia doméstica es un problema de salud particularmente común para las mujeres, es más eficiente realizar revisiones médicas de rutina para todas las usuarias que solamente revisar cuando haya indicadores específicos. El hacer una revisión para encontrar indicadores toma tiempo, un tiempo que puede ser usado más eficientemente para hacer 2 o 3 preguntas de rutina sobre la violencia doméstica a todas las usuarias.
3. La revisión de rutina nos permitirá descubrir tanto los casos de víctimas de violencia doméstica quienes tengan indicadores, como aquellas que tengan problemas de salud que inicialmente no parezcan relacionados con la violencia doméstica.
4. La revisión medica de rutina sirve para educar a las usuarias. Les da a entender que la violencia doméstica es un problema de salud importante y que los prestadores de servicios de salud son un recurso para tratar con este problema cuando quiera una usuaria pueda necesitar asistencia.
5. Para los usuarios hombres, las técnicas de revisión médica pueden ser usadas ya sea solamente con aquellos usuarios que tengan indicadores particulares como con todos los demás. Si las instituciones de los participantes han desarrollado o quieren desarrollar una política de revisar a todos las usuarias, entonces los clínicos deben estar preparados para distinguir entre las víctimas y los agresores. Debido a que los agresores usualmente dicen ser la víctima "verdadera", esto es un reto educacional vigente. Debido al bajo porcentaje de víctimas masculinas, una institución puede decidir revisar a todas las usuarias femeninas y solamente a aquellos usuarios masculinos que tengan indicadores o señales particulares.

C. ¿QUIÉN REALIZA LA REVISIÓN?

1. Cada prestador de servicios de salud deberá ser capaz de detectar la violencia doméstica, tanto si está reuniendo el historial médico de una usuaria o respondiendo a un problema de salud específico.
2. Para los centros de salud en donde se desarrollen protocolos para detectar la violencia doméstica, el protocolo deberá indicar quien es el responsable de realizar las revisiones médicas y hasta que punto deberán ser hechas.
3. Se recomienda para los equipos multidisciplinarios, que cada miembro sea entrenado para llevar a cabo todos los procedimientos de entrevista para proveer una asistencia por si la persona designada por el protocolo para hacer las

revisiones no está disponible, o si a la usuaria se siente más cómodo al hablar con alguien más.

D. CÓMO DETECTAR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA A TRAVÉS DE ENTREVISTAS:

↳ **Nota para el facilitador:** Al cubrir esta sección, de ejemplos breves, concretos y apegados a la realidad acerca de los participantes y sus usuarias. Utilice información sobre la revisión que se encuentra en la Guía de Competencia Cultural del Manual de Recursos, Apéndice A, como referencia. Proporcione la transparencia #3-4 y remita a los participantes al resumen #3-4 en los tips para revisión y en la muestra para comentarios y preguntas.

1. TIPS GENERALES

a. REALICE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA SÓLO CUANDO ESTÉ A SOLAS CON LAS USUARIAS.

Asegúrese de estar lejos de otros miembros de la familia o amigos que puedan estar acompañando a la usuaria al centro de salud.

b. AL IGUAL QUE CON OTROS ASUNTOS DELICADOS, REALICE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA SOLAMENTE CUANDO HAYA ESTABLECIDO UNA CONEXIÓN INICIAL CON LA USUARIA.

c. LAS CUESTIONES RELACIONADAS AL USO DE INTERPRETES DEBERÁN SER CONSIDERADAS EN RAZÓN DE LA NECESIDAD DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS USUARIAS AL HABLAR SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA O SOBRE OTROS ASUNTOS DELICADOS.

Usar a familiares o amigos para traducir pueden no darle a la usuaria la confianza necesaria para hablar sobre temas delicados. Use a intérpretes profesionales u otros prestadores de servicios de salud.

↳ **Nota para el facilitador:** Los facilitadores deberán estar familiarizados con los asuntos de traducción como se discutió en el Manual de Recursos y la Guía de Competencia Cultural. Inserte información adicional cuando sea necesario para los participantes.

d. HABLE ACERCA DE CUALQUIER LIMITE EN LA CONFIDENCIALIDAD.¹⁰

Si existen requerimientos de reporte locales para los prestadores de servicios de salud, explique cuáles son y las implicaciones del reporte.

↳ **Nota para el facilitador:** Remita a los participantes al Modulo Cinco, el entrenamiento en recursos legales y comunitarios. Esto abarcará requerimientos

¹⁰ El tema de la educación da la usuaria acerca de los límites en la confidencialidad puede ser cubierto antes de las preguntas de la revisión. Algunas instituciones informan a las usuarias acerca de cualquier límite en la confidencialidad antes de reunir cualquier información. Dependiendo de las políticas este asunto de reportar, puede ser abordado solamente después que una usuaria ha sido identificado como una víctima de violencia doméstica.

obligatorios para los prestadores de servicios de salud, al reportar la violencia doméstica.

e. REALICE LA REVISIÓN COMO ALGO RUTINARIO, QUE SE LE HACE A TODAS LAS USUARIAS.

Algunos usuarias pueden pensar que usted solamente les está haciendo preguntas a un cierto tipo de gente debido a estereotipos de raza y clase social.

f. SEA CALMADO, REALISTA E IMPARCIAL CON LA USUARIA AL HABLAR SOBRE ESTE ASUNTO.

El estilo del enfoque de la entrevista de un prestador de servicios de salud, a veces incrementa o disminuye la voluntad de la usuaria para hablar. Invite a la persona a que hable libremente en vez de exigir información; pregunte sin culpar.

g. REÚNA DESCRIPCIONES DE CONDUCTA DE LO REVELADO EN VEZ DE LA RAZÓN POR LA QUE PASÓ O SU SIGNIFICADO. POR EJEMPLO:

* Pregunte si a la usuaria ha sido abofeteada, empujada, agarrada con fuerza, amenazada, seguida, en vez de que si fue abusada o maltratada.

* Evite al principio usar términos como golpeada, abusada, maltratada o violencia doméstica. Estos términos tienen un significado diferente para diferentes personas, y las usuarias pueden dar respuestas equivocadas por que las preguntas no son claras para ellos. Por ejemplo: una mujer reportó que ella no era abusada porque podía responder físicamente a la agresión. Ella pensaba que las mujeres abusadas eran las que no podían o no querían responder a la agresión. Otra mujer refería que para ella solo eran víctimas de violencia doméstica aquellas mujeres que presentaban golpes y no se imaginaba que las humillaciones y devaluaciones a la mujer, fueran consideradas violencia.

* Al revisar, el prestador de servicios de salud trata primeramente de determinar si alguien está usando o ha usado la fuerza física contra la persona o propiedad (o ha amenazado con ello) a la usuaria.

h. USE PREGUNTAS ABIERTAS AL PRINCIPIO, LUEGO PREGUNTAS RELACIONADAS PARA ACLARACIÓN; DÉ EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTO EN SU INTERROGATORIO. POR EJEMPLO:

Para empezar, usted puede preguntar: “¿Cómo pelea con usted?” o “¿Alguna vez le ha hecho daño?”

Continúe con preguntas como “¿Alguna vez le ha empujado, pateado o agarrado con fuerza?”

A veces es más fácil para las víctimas reconocer cuales son los niveles más bajos de comportamiento físico abusivo. Las víctimas ocasionalmente minimizan lo que les han hecho como una forma de hacer frente al abuso. Cuando las usuarias reconocen que algún tipo de fuerza física o amenaza de daño ha sido usada contra ellos, entonces el prestador de servicios de salud puede preguntar en una forma más directa sobre otras formas de abuso. Estos serán cubiertos en la sección de valoración.

i. A VECES LAS USUARIAS RESPONDERÁN LAS PREGUNTAS ACERCA DE LO SUCEDIDO CON RESPUESTAS SOBRE PORQUE ALGO SUCEDIÓ. POR EJEMPLO: “Estábamos peleando,” “He estado muy deprimida,” o “Él está bajo mucho estrés/ tomando.” Escuche respetuosamente y entonces vuelva a pedir una descripción de lo que ocurrió cuando surgió el problema.

j. USE RESPETUOSAMENTE EL LENGUAJE O VOCABULARIO DE LAS USUARIAS PARA REUNIR INFORMACIÓN Y LLEGAR A ENTENDER SU MUNDO. POR EJEMPLO: Cuando su “novio” (“esposo”, “amante”, “compañero”, “amor”, “chiquito”, etc.) “pelea” con usted (“se mete con usted”, “le arma una bronca”, “la asusta,” “se encabrona con usted,” “se le sube,” etc.), ¿la empuja, avienta, agarra o golpea?

k. EL ESCUCHAR ES UNA DE LAS HABILIDADES CLÍNICAS MÁS IMPORTANTES EN EL CASO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (AL IGUAL QUE EN LA VALORACIÓN Y LA INTERVENCIÓN). A menudo es un elemento clave al usar enfoques culturalmente apropiados.

El escuchar permite a la usuaria definir el problema desde su perspectiva, lo cual ayuda al prestador de servicios de salud a desarrollar una estrategia de intervención.

Con mucha frecuencia las víctimas de violencia doméstica son descritas como personas que evitan hablar sobre su situación. Sin embargo, muchas víctimas sí hablan sobre ella y se desaniman por que regularmente no son escuchadas. Por ejemplo: Una usuaria le había contado en repetidas ocasiones a su prestador de servicios de salud que los pleitos con su esposo la “ponían cada vez más enferma” de diabetes. También le reportó que una vez él la había puesto contra la pared y que había sufrido un ataque de asma. Esto la llevó a incrementar el uso de su medicamento, aunque se encontraba en un plan para disminuir su dependencia a los inhaladores. En cada una de sus visitas durante un periodo de dos meses, habló sobre los pleitos y fue tratada por las heridas, diabetes o asma. El prestador de servicios de salud nunca respondió a los aspectos de salud relacionadas con la violencia doméstica.

La revisión médica, la valoración y la intervención mejorarán dramáticamente a medida que mejoremos nuestra exactitud al escuchar.

2. Preguntas iniciales para la detección de la violencia doméstica.

Muchas veces los prestadores o las usuarias encuentran brusco el interrogatorio directo sobre la violencia doméstica sin preparación o transición. A veces el estructurar una pregunta sobre asuntos delicados llevará a la usuaria a hablar más.

☞ **Nota para el facilitador:** *dé 2 o 3 ejemplos de su propia experiencia o del Capítulo Dos del Manual de Recursos, ajustando su vocabulario para reflejar diferentes grupos de usuarias. O seleccione de lo siguiente:*

-- “Voy a hacerle algunas preguntas breves y de rutina que les hago a las mujeres, para conocer su estado de salud, para comprender a grandes rasgos su situación y así poder hablar acerca de lo que es importante para usted.”

-- “Me preocupa que su problema médico pueda ser el resultado que alguien la esté lastimado. ¿Es eso lo que está pasando?”

Relacione la pregunta con algo que a la usuaria haya dicho. Ejemplo:

-- “Usted mencionó un abuso por parte de su pareja, de su carácter (su alcoholismo, su estrés, etc.) ¿Cuándo esto sucede, su pareja la ha lastimado físicamente o se ha enfrentado físicamente con usted o la ha amenazado?”

-- “Muchos usuarias tienen problemas de salud debido a peleas con sus esposos. ¿Conoce usted a alguien que haya tenido ese problema? ¿Le ha pasado ese problema a usted? ¿Le está pasando ahora?”

3. Preguntas muestra para continuar la revisión.

☞ **Nota para el facilitador:** *De a los participantes 2 ó 3 preguntas muestra para que puedan continuar con las preguntas iniciales. Por ejemplo:*

* “A veces las personas que amamos nos lastiman. ¿Le ha pasado esto a usted?”

* “¿Ha usado alguna vez su pareja la fuerza física contra usted, sus hijos, sus pertenencias, o sobre alguien más cuando pelea con usted?”

* “¿Ha sido usted empujada, agarrada con fuerza o abofeteada por su pareja?”

* “¿Usted ha sido dañado físicamente por su pareja?”

* “¿Ha tenido de su pareja? Si es así ¿Qué es lo que hace su pareja que le produce miedo?”

* “¿La ha humillado o controlado de tal forma que la hiera o lastima emocionalmente?”

E. ¿QUÉ PASA SI SU USUARIA NIEGA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

1. Acepte la respuesta.

No todas las usuarias son víctimas de violencia doméstica. Si una usuaria parece incómoda por la pregunta, asegúrele que estas son preguntas de rutina que se le

hacen a todo mundo debido a la incidencia del problema. Muchos usuarios aprecian las preguntas de rutina acerca de su salud en general.

2. Si a usted todavía le preocupa que la violencia doméstica pueda estar ocurriendo, hágale saber brevemente a las usuarias que usted es alguien a quien acudir si eso llegara a ser un problema para ellas.

Hágale saber a las usuarias donde pueden encontrar información más confidencial sobre la violencia doméstica. Entonces pase a otros temas. Las preguntas de rutina frecuentemente abren posibilidades que las víctimas de violencia doméstica usarán después.

ACTIVIDADES INTERACTIVAS

- Tómese 2 ó 3 preguntas sobre el tema de la revisión para clarificación.
- Solicítele a los participantes 2 ó 3 formas de llevar a cabo la función de revisión.
- Usando el escenario de uno de los casos que haya desarrollado, haga una minidemostración al principio del módulo en los tips del entrenamiento.

IV. VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.
(15 minutos)

Una vez que las usuarias reconocen la violencia doméstica, hay varios aspectos que merecen valorarse.

A. TIEMPO EMPLEADO EN LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

1. La cantidad de tiempo que los prestadores de servicios pasan en la valoración varía dependiendo del centro de salud y a la usuaria. En un centro de salud con contacto extremadamente limitado con a la usuaria, el prestador de servicios de salud solamente hará preguntas muy breves en cada uno de los puntos de la valoración.

2. Recuerde, la valoración es sólo reunir información a través de escuchar. La valoración está ligada a la revisión médica y a la intervención en problemas de salud. Es útil dejar que las usuarias cuenten la historia con sus propias palabras.
3. La valoración puede llevarse a cabo en una serie de visitas.
4. Cuando el prestador de servicios de salud sienta el factor tiempo pone en riesgo la valoración, puede hacérselo saber a la usuaria, comunicarle su preocupación por la violencia doméstica y avanzar a otras estrategias de intervención (cubiertas en la siguiente sección).

⇒ **Nota para el facilitador:** *Proyecte la transparencia #3-5 y remita a los participantes al resumen # 3-5 sobre puntos de valoración y revise lo siguiente:*

B. PUNTOS QUE REQUIEREN VALORACIÓN

1. Necesidades inmediatas de seguridad de la víctima.

Valore si la víctima de violencia doméstica está en peligro inmediato. Por ejemplo:

- El prestador de servicios de salud puede preguntar: “¿Dónde está el agresor ahora?”.
- “¿Dónde estará el agresor cuando a la usuaria termine con su tratamiento?”.
- “¿Quiere o necesita la usuaria seguridad para que ésta sea notificada inmediatamente?”.

2. Patrón e historial del abuso.

Valore las tácticas físicas, sexuales y psicológicas así como la coerción económica usadas por el agresor contra la usuaria. Por ejemplo el prestador de servicios de salud puede preguntar:

- “¿Por cuánto tiempo la ha maltratado su pareja?”
- “¿Su pareja la ha forzado o lastimado sexualmente?”
- “¿Han sido lastimadas otras personas por su pareja?”
- “¿Su pareja controla sus actividades, dinero o los hijos?”

3. Conexión entre la violencia doméstica y los problemas de salud de la usuaria.

Valore el impacto del abuso contra la víctima en su bienestar físico, psicológico y espiritual. Trate de evaluar el grado de control del agresor sobre la víctima con preguntas como:

“¿Ha habido otras situaciones que resultaran en heridas o problemas médicos?”,
“¿Cómo afecta esta situación a su salud actual?”

4. Acceso de la víctima a los servicios de ayuda y a recursos de apoyo.

Tome en cuenta que recursos comunitarios se encuentran disponibles o accesibles a la usuaria. El prestador de servicios puede preguntar:

“¿Qué otros lugares además del centro de salud, del hospital o servicio médico, conoce usted que le puedan brindar apoyo a usted?”, “¿Ha usted intentado buscar apoyo antes? Si es así, ¿Qué pasó?, ¿Cómo se sintió?”

5. La seguridad de la usuaria: ¿Existe un riesgo de muerte en el futuro o de daño considerable (resultados fatales) debido a la violencia doméstica?

Pregunte sobre las tácticas del agresor: uso de armas, aumento de frecuencia o intensidad de la violencia, privación de la libertad o acoso, amenazas de homicidio o de suicidio y uso de drogas o alcohol, al igual que las consecuencias en la salud de abusos pasados. Si hay hijos, pregunte sobre la seguridad física de ellos.

ACTIVIDADES INTERACTIVAS

- Escoja 2 o 3 preguntas o solicite ejemplos de valoración de las prácticas de los participantes.
- Haga una minidemostración de una valoración como se describe en la sección Tips de Entrenamiento de este módulo.

V. INTERVENCIÓN/RESPUESTAS (20 minutos)

⇒ **Nota para el facilitador:** Use la transparencia #3-6 y remita a los participantes al resumen # 3-6.

A. METAS PARA RESPONDER EFECTIVAMENTE A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:

1. Incrementar la seguridad de la víctima.
2. Apoyar a las víctimas para protegerse y para proteger a sus hijos.

Para lograr esto, los prestadores de servicios de salud deben:

- Valorar las experiencias de las víctimas.
- Brindar apoyo.
- Dar información sobre recursos y alternativas.

El objetivo no es hacer que las usuarias abandonen a sus agresores o “arreglar” la situación o la relación por a la usuaria, sino **brindar apoyo e información**.

B. ESCUCHE A LA USUARIA Y DE MENSAJES DE APOYO:

“Usted no merece esto, no hay excusa para la violencia doméstica. Usted merece algo mejor.”

“Estoy muy preocupado. Esto es muy dañino para usted (y también para sus hijos).”

“Esto no es sencillo. A veces toma tiempo entenderlo.”

“Usted no está sola en esto¹¹. Pueden haber algunas opciones. Apoyaré su decisión.”

¹¹ La opción existente para cada usuaria puede variar mucho. Las opciones dependen mucho de los recursos disponibles. A veces pocas de las opciones tradicionales tales como servicios para mujeres maltratadas y agencias comunitarias están al alcance de algunas víctimas. Sin embargo, con tiempo y apoyo, las víctimas frecuentemente pueden encontrar alternativas creativas para aceptar que ellas merecen el abuso.

“ A mí me interesa su situación. Me da gusto que me lo haya dicho. Quiero saber sobre violencia doméstica para que podamos trabajar juntos y mantenerla sana y salva.”

C. ESCUCHE Y RESPONDA A ASUNTOS DE SEGURIDAD.¹²

1. Aliente a las víctimas a hacer planes de seguridad en caso de que:

- Un agresor esté presente en el centro de atención o servicio médico.
- Una víctima tema dejar el centro de atención o servicio médico.
- Una víctima regrese con el agresor.

2. Desarrolle un plan inicial de seguridad con a la usuaria.

⇒ **Nota para el facilitador:** Remita a los participantes al resumen # 3-7 sobre planes de seguridad, pero no lo cubra en detalle. Sugiera a los participantes que lean el material al último y programe una sesión por separado para discutir el proceso de planeación de la seguridad. Si el servicio de atención tiene folletos para las usuarias que incluya planeación de la seguridad, incluya uno como resumen.

D. BRINDE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA A LA USUARIA:

1. La violencia doméstica es un problema de salud que afecta a las usuarias (y a sus hijos). La violencia puede incrementarse y el daño que resulta del abuso aumenta con el tiempo.
2. Detener la violencia doméstica es responsabilidad del agresor, no de la víctima.
3. Las víctimas, con apoyo y ayuda de otras personas, pueden incrementar su propia seguridad y la de sus hijos.
4. Haga una lista de cualquier ayuda que este disponible: servicios médicos, apoyo emocional (personal y gupal), opciones legales, servicios de apoyo comunitario, etc.

E. HAGA REFERENCIAS DE LOS RECURSOS LOCALES.

⇒ **Nota para el facilitador:** Los facilitadores necesitan elaborar un resumen para los participantes en donde se detallen los recursos locales para las víctimas de la violencia doméstica. Vea el resumen de muestra #3-8 para instrucciones o remítase a una lista ya elaborada de recursos locales que pueda ser distribuida directamente a las usuarias. Remita a los participantes al Modulo Cinco para más información sobre recursos comunitarios y asuntos legales.

Los prestadores de servicios de salud deberán dar la siguiente información a la usuaria:

1. Describa la ayuda y los sistemas de apoyo dentro del servicio de atención.
2. Haga una lista de la ayuda y los servicios de apoyo dentro de la comunidad (si los hay).

¹² Es muy difícil enseñar a hacer planes de seguridad en una sesión de repaso como esta. Dé el resumen #3-7 sobre planes de seguridad en los centros de salud, o céntrese solamente en esta intervención en la sesión de entrenamiento. Los facilitadores deben probar diferentes enfoques dependiendo de su audiencia y escenario. Si los facilitadores están trabajando en un área donde haya agencias limitadas o no domésticas contra la violencia doméstica, se deberá emplear más tiempo en la planeación de la seguridad.

F. PASOS DE SEGUIMIENTO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Programar citas a futuro:

Asegurarse de que a la usuaria tendrá una conexión o un contacto con un prestador de servicios de salud cercano a su casa o de confianza. En las visitas subsecuentes, preguntar que pasó después de la primera visita.

2. Revisar los registros médicos:

Preguntar sobre episodios anteriores de violencia doméstica anotados en los registros médicos para así hacer ver a la usuaria que existe una preocupación y voluntad de tratar abiertamente este problema de salud.

3. Comentario final:

La violencia doméstica, al igual que otros problemas de salud (el tabaquismo, el alcoholismo, la desnutrición, la hipertensión arterial, etc.), muchas veces requiere múltiples intervenciones antes que se resuelva.

ACTIVIDADES INTERACTIVAS

- Escoja 2 ó 3 preguntas o solicite ejemplos de intervenciones de las prácticas de los participantes.
- Haga una minidemostración de una intervención como se describe en la sección Tips de Entrenamiento de este módulo.

VI. DOCUMENTACIÓN.

(10 minutos)

A. PORQUÉ LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBEN DOCUMENTAR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA:


1. **Para un buen tratamiento clínico:** La documentación les a) permite registrar los efectos de un patrón de conducta a través del tiempo, b) incrementa la comunicación entre varios prestadores de servicios de salud, c) brinda el conocimiento de episodios anteriores que pueden ayudar a la usuaria a darse cuenta del aumento de la violencia.

2. **Para los asuntos legales del prestador de servicios:** Tales como, estándares de atención, requerimientos obligatorios de reporte, etc.

3. Para los asuntos legales de la usuaria:

La documentación es un elemento útil como evidencia para obtener una orden de no-impugnación en los procedimientos criminalísticos, para pedir la custodia de los hijos; o para cualquier uso posterior.

B. ESTRATEGIAS PARA LA DOCUMENTACIÓN:

 **Nota para el facilitador:** Remita a los participantes al resumen #3-9 sobre *Tips de Documentación*. Vea el *Manual de Recursos*, Apéndice F para formas de documentación.

1. Use esquemas del cuerpo y/o fotografías para identificar las lesiones:

Al usar fotografías, obtenga el consentimiento y revise los procedimientos para fotografías.

2. Tipos de notas para poner en una gráfica:

- a. Describa datos específicos acerca de incidentes de abuso: Quien realiza la violencia doméstica, la conducta abusiva del agresor, el impacto en la salud de la víctima (lesiones, y otros problemas médicos), si el agresor consume alcohol o usa drogas y si usa armas.
- b. Use las palabras de la usuaria y su lenguaje al describir, evitando términos médicos.
- c. Anote las opciones discutidas, las referencias hechas, la información recabada y los acuerdos de seguimiento.
- d. Si existen reportes obligatorios, anote como se hacen.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

- Escoja 1 o 2 preguntas sobre asuntos de documentación.

VII. CONCLUSIÓN

(5 minutos)

A. EL OBJETIVO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS ES:

1. Aumentar la seguridad de la víctima.
2. Ayudar a las víctimas a protegerse y a proteger a sus hijos.

Para llevar a cabo esto, el prestador de servicios debe validar las experiencias de la víctima, brindar apoyo, y dar información sobre recursos y alternativas. El objetivo no es que las usuarias dejen a los agresores o arreglar la situación o la relación por ellos, sino apoyar, informar y dar seguridad a las víctimas.

B. ESTAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SON REALIZABLES AÚN CUANDO EL TIEMPO SEA LIMITADO.

Al principio, pueden sonar abrumadoras, pero muchas de ellas sólo toman unos cuantos minutos y tienen un efecto positivo en las víctimas al disminuir su aislamiento y el control que los agresores tienen sobre sus vidas.

C. ES IMPORTANTE COMUNICAR A LA USUARIA QUE NO HAY EXCUSA PARA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, QUE ELLA NO ESTÁ SOLA Y QUE A USTED LE IMPORTA LO QUE LE PASA.

ACTIVIDAD INTERACTIVA

Escoja preguntas generales y/o comentarios

⇒ **Nota para el facilitador:** distribuya el resumen # 3-10, la forma de evaluación.

PUNTOS DE DISCUSIÓN

1. Uno de los retos de este módulo es mantener la atención en la práctica clínica.

Los participantes pueden desviarse del tema al discutir los puntos básicos de la violencia doméstica, de asuntos legales o de cuestiones comunitarias. Los facilitadores necesitarán: encontrar formas de responder a los asuntos de forma breve, hacer notar que están fuera del contexto del entrenamiento, remitir a materiales escritos para una lectura posterior, o programar a futuras sesiones de entrenamiento. Es útil averiguar al principio que participantes han asistido a sesiones previas. Pídales que se identifiquen.

2. Preste atención a declaraciones que culpen a las víctimas o preguntas hechas por la casi perfecta “víctima”(como una víctima que es un fármaco-dependiente).

Intente aclarar que no importa las circunstancias, la víctima de violencia doméstica no merece ser abusada y que culpabilizarla no cambia el abuso del agresor.

3. Preste atención a conceptos culturales erróneos y aclárelos cuando surjan. Por ejemplo:

“Para algunas culturas, la violencia doméstica es aceptable y por lo tanto no constituye un riesgo para la salud.”

“Frecuentemente la violencia doméstica no se atiende porque se considera un asunto privado”

4. Señálele a los prestadores de servicios que si las usuarias rechazan las sugerencias del prestador de servicios para tratar con la violencia doméstica, quizás por el momento sepan mejor que el prestador de servicios, cómo proceder.

Las víctimas muchas veces saben mejor que el prestador de servicios cuales son las acciones que el agresor, la comunidad o ellas mismas son capaces de realizar.

5. Preste atención a las frustraciones que los participantes tengan por los casos de violencia doméstica que han atendido y trate de comprenderlos e identificar las causas.

A veces existe frustración por la violencia misma, la complejidad de los asuntos, sentimientos de insuficiencia o por el sistema de salud. Exprese su entendimiento por estos sentimientos. Aliente a los participantes a que tengan cuidado de no descargar estas frustraciones sobre la víctima de violencia doméstica por el simple hecho de estar ahí.

6. Aliente el establecimiento de metas realistas para las víctimas y los prestadores de servicios.

Existen limitaciones de tiempo y recursos en la cantidad de cosas que cualquiera de los dos puede hacer. A los prestadores de servicios les toma tiempo responder efectivamente y en formas culturalmente apropiadas a la violencia doméstica, especialmente cuando se empiezan a utilizar nuevos enfoques. No obstante, esto se facilita y mejora con el tiempo. Eventualmente, tales enfoques ahorran tiempo, tiempo que se puede pasar con las usuarias en nuevas visitas debido a que pueden haber recibido una atención inadecuada la primera vez.

Los prestadores de servicios pueden sentirse frustrados por la falta de recursos accesibles para las usuarias. Recuérdele a los participantes que el brindar mensajes de apoyo a la usuaria da como resultado que el sistema de salud se convierta en un recurso para ese usuaria.

7. Aliente la colaboración y el compartir éxitos entre los prestadores de servicios dentro del centro de atención.

**MODULO TRES
RESÚMENES**

RESUMEN #3-1	La violencia doméstica: Un problema de atención prioritaria en salud.
RESUMEN #3-2	Definición de violencia doméstica y lista de conductas abusivas.
RESUMEN #3-3	Guía de principios y elementos para mejorar la respuesta de salud a la violencia doméstica.
RESUMEN #3-4	Tips para la detección de la violencia doméstica.
RESUMEN #3-5	Tips para la valoración de la violencia doméstica.
RESUMEN #3-6	Tips para la intervención en la violencia doméstica.
RESUMEN #3-7	Planeación de la seguridad con las víctimas de la violencia doméstica.
RESUMEN #3-8	Recursos comunitarios para las víctimas de violencia doméstica y los agresores. (Para ser desarrollado por cada facilitador: instrucciones incluidas.)
RESUMEN #3-9	Elementos esenciales para la documentación de la violencia doméstica en los registros de salud.
RESUMEN #3-10	Forma de evaluación.
RESUMEN # 3-1	

LA VIOLENCIA DOMESTICA: UN PROBLEMA PRIMARIO DE SALUD. HOJA DE INFORMACION

VIOLENCIA DOMESTICA:

Todo acto de violencia que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la privada.

PREVALENCIA:

La violencia doméstica es virtualmente imposible de medir con absoluta precisión debido a numerosas complicaciones que incluyen el estigma social que inhibe a las víctimas al momento de hablar sobre el maltrato que sufren y, la variedad de definiciones de abuso usadas de estudio a estudio. Un cálculo estimado varía entre unos 960,000 incidentes de violencia contra un esposo o exesposo, novio o novia por año¹ y 3.9 millones de mujeres que son abusadas físicamente por año².

El 22 de Julio de 1997, la UNICEF publicó *The Progress of Nations, 1997*, el cual puso de manifiesto que un cuarto de la mitad de las mujeres del mundo habían sufrido violencia de parte de su pareja.³

En México, como en otros países, la violencia es reconocida como un problema de salud pública ya que impacta a la salud de las personas en todas las áreas de su desarrollo.

No se tienen datos que permitan tener un panorama nacional sobre la prevalencia de la violencia hacia las mujeres debido a que no existe un Sistema de Información Interinstitucional, sin embargo algunos estudios regionales validan la importancia de considerar a la violencia como un problema que merece acciones inmediatas para combatirla.

*Una investigación realizada con 1,064 mujeres en la zona metropolitana de Monterrey, México encontró que el 46.1% sufre algún tipo de violencia en manos de su pareja.*⁴

En una muestra de mujeres casadas o en unión libre en el sur de la Ciudad de México, el 38.4% había sufrido violencia por parte de su pareja.⁵

Resultados de un estudio en Ciudad Nezahualcoyotl muestran que de 342 mujeres alguna vez unidas en pareja, de 15 años y mayores, el 33% había vivido una relación violenta. De éstas el 66% sufría violencia física, el 76% violencia psicológica y el 21% había sufrido violencia sexual.⁶

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) desde su creación en 1990, reporta que entre el 88 y 90 % de las personas que viven violencia familiar en el Distrito Federal son mujeres. (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, 1997).

¹ U.S. Department of Justice: *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends, and Girlfriends*, March 1997.

² The Commonwealth Fund, *First Comprehensive National Health Survey of American Women*. July 1993.

³ UNICEF, *The Progress of Nations*, 1997.

LESIONES Y OTRAS CONSECUENCIAS DE SALUD DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El Banco Mundial en 1993 en el *Informe sobre el desarrollo mundial*, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo. Las mujeres entre 15 y 44 años pierden uno de cada cinco años de vida saludable, debido a violaciones y violencia doméstica, y a nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el SIDA, la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.⁷

La violencia puede tener numerosas consecuencias para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como el embarazo no deseado, abortos, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, ETS/VIH/SIDA e infertilidad. El temor a la violencia doméstica con frecuencia impide que las mujeres usen anticonceptivos o soliciten a sus compañero que usen condón.

COSTOS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

De 1987 a 1990 el crimen le costo a los estadounidenses \$450 billones por año. Las víctimas adultas de violencia doméstica incurrieron en un 15% del total del costo del crimen en víctimas (\$67 billones).⁸

Un estudio llevado a cabo en el Rush Medical Center de Chicago descubrió que el costo promedio por servicios médicos brindados a mujeres abusadas, niños y personas de la tercera edad fue de \$1633 por persona por año. Esto ascendería a un costo total anual de \$857.3 millones.⁹

A nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.¹⁰

IDENTIFICACION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El 92% de las mujeres que fueron abusadas físicamente por sus parejas no hablaron de estos incidentes con sus médicos; el 57% no habló de esto con nadie.¹¹

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1997 sobre la ruta crítica de las mujeres maltratadas, se identificó como un obstáculo el “peloteo” al que es objeto la mujer ya que pasa de un servicio a otro exponiéndose al ridículo, al silencio, a la culpabilización por parte de quienes la atiendan, ya sea en el sector salud o en las instancias legales.¹²

Estudios clínicos recientes han demostrado la efectividad de una revisión médica de 2 minutos para detección temprana del abuso en mujeres embarazadas.¹³ Estudios longitudinales adicionales han probado un proceso de intervención de 10 minutos que ha resultado altamente efectivo al incrementar la seguridad de mujeres embarazadas que son abusadas.¹⁴

EMBARAZO:

Una investigación realizada en el estado de Morelos, México, se encontró que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y postparto inmediato. Además, los(las) recién nacidos de madres maltratadas pesan 560grs. menos que aquellos cuyas madres no fueron agredidas.¹⁵

Comment: Sería bueno que se metieran los datos que tiene Graciela sobre muerte materna en el embarazo.

Las complicaciones del embarazo incluyendo bajo peso, anemia, infecciones y sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo, son significativamente más altas en las mujeres que sufren abusos^{16 17}, al igual que el índice de depresión maternal, intentos de suicidio, tabaquismo, alcoholismo, y uso de drogas.¹⁸

RECOMENDACIONES DE MUJERES

En 1998 el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán CISC realizó investigaciones sobre violencia doméstica específicamente, como una realidad en la vida de las mujeres de la frontera de Chiapas. Las mujeres expresaron sus propias sugerencias y recomendaciones en base a sus experiencias vividas en tres ejes principales:

- d) Cambiar el comportamiento de los hombres
- e) Educar a los hijos y
- f) Apoyo a las mujeres

Especialmente de personas con sensibilización y capacitación para atenderlas como psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales que se encuentran en instituciones o que apoyen a grupos organizados. Por otro lado señalaron la utilidad de centros de atención especiales dentro de las mismas instituciones.¹⁹

RECOMENDACIONES DE POLITICAS:

México como parte de la Comunidad Internacional, participa en acciones multilaterales para combatir y erradicar la situación de violencia familiar que se ha dado a nivel mundial. De esta forma, ha firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales que consideran acciones para disminuir y de ser posible eliminar la violencia al interior de la familia.

Es así como el Estado ha encaminado acciones para combatir la violencia familiar, que ha tenido un incremento importante en los últimos años. La Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró la Norma Oficial Mexicana –190-SSA1-1999 que determina los criterios para brindar atención médica integral a personas que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar.

Es a través de esta norma, que el gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en seno de la familia y contra la mujer especialmente en la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belén do Pará” (OEA, 1994); en la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS**La violencia doméstica es:**

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad

LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS**7. Abuso físico**

Escupir, pellizcar, sacudir, agarrar, aventar, empujar, arrojar al suelo, golpear con la mano abierta, golpear con el puño, encerrar, impedir el escape, ahogar, golpear con objetos, pegar, patear, usar armas, quemar, controlar el acceso de la víctima a recursos de salud, etc.

8. Abuso sexual

Presionar continuamente para tener relaciones sexuales, obligar a tener relaciones sexuales a través de una variedad de tácticas, forzar a tener sexo frente a otras personas, forzar a tener sexo con niños o terceras personas, forzar físicamente o lastimar sexualmente a la víctima, etc.

9. Ataques Psicológicos:

Actos violentos contra los hijos o otras personas para controlar a la pareja; amenazas de violencia contra las víctimas, a sí mismo o a otras personas; intimidación a través de ataques a las mascotas o las pertenencias personales y familiares, gritar; acechar; controlar las actividades de las víctimas; aislar a la víctima, controlar el acceso de la víctima a recursos (de salud, medicinas, automóvil, amigos, escuela, trabajo, cuidado de los hijos, etc.), abuso emocional; forzar a la víctima a hacer cosas degradantes; controlar el horario de la víctima (incluyendo citas médicas), minimizar, ignorar, devaluar, humillar, etc.

10. Presión económica.

Retener fondos, gastar el dinero de la familia, tomar la mayoría de las decisiones financieras, no contribuir económicamente al gasto familiar, controlar el acceso de la víctima a seguros de salud, etc.

11. Uso de los hijos para controlar a una víctima adulta.

Secuestrar a los hijos; Abuso físico y sexual de los hijos; forzar a los hijos a participar en el abuso físico y psicológico de la víctima adulta; pleitos por la custodia; visitar a los hijos para vigilar a la víctima adulta, etc.*

* desarrollado por Ganley, A. & Schechter, S., para Domestic Violence: A National Curriculum for Children's Protective Services. Family Violence Prevention Fund 1996.

RESUMEN # 3-3

GUÍA DE PRINCIPIOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
2. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar sus propias decisiones sobre su propia vida.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

ELEMENTOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

5. Revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valoración de la violencia doméstica
3. Intervención con víctimas de la violencia doméstica
4. Documentación de la violencia doméstica como un problema de salud en los registros médicos.

RESUMEN # 3-4

TIPS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

TIPS GENERALES:

1. Privacidad:

Realice la detección de la violencia doméstica sólo cuando tenga privacidad con a la usuaria, alejado de familiares o amigos.

2. Tiempo:

Al igual que con otros asuntos delicados, proceda a la detección de la violencia doméstica solamente después de que haya establecido un contacto inicial con la usuaria.

3. Uso de intérpretes:

Si no puede conversar con fluidez en la lengua madre de la usuaria, use intérpretes profesionales o algún otro profesional de salud como traductor. La familia o los amigos de la usuaria no deberán ser usados como intérpretes en asuntos relacionados con la violencia doméstica.

4. Discuta cualquier límite en la confidencialidad.

Si existen requerimientos de reporte locales para los prestadores de servicios de salud, explique cuáles son y las implicaciones del reporte.

5. Haga la detección de la violencia doméstica como algo rutinario.

Esto es algo que se le pregunta a todas las usuarias debido al predominio del problema para todas las personas.

6. Sea calmado, realista e imparcial con la usuaria.

El estilo del enfoque de la entrevista, a veces incrementa o disminuye la voluntad de la usuaria para hablar.

7. Reúna descripciones de la conducta de lo revelado en vez de la razón por la que pasó o su significado.

Por ejemplo: pregunte si la usuaria ha sido abofeteada, empujada, agarrada con fuerza, amenazada, seguida, en vez de que si fue abusada o maltratada.

8. Use más preguntas abiertas inicialmente, usando ejemplos de conducta en el interrogatorio.

9. Use el lenguaje y vocabulario de la usuaria de forma respetuosa para reunir información y para poder entender su mundo.

10. El escuchar es una de las habilidades clínicas más importantes en el caso de la violencia doméstica.

A menudo es un elemento clave al usar enfoques culturalmente apropiados. El escuchar permite a la usuaria definir el problema desde su perspectiva, lo cual ayuda al prestador de servicios de salud a desarrollar la intervención.

EJEMPLOS DE COMENTARIOS INICIALES PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

“Voy a hacerle algunas preguntas breves y rutinarias que le pregunto a las demás usuarias, para conocer su estado de salud. Puedo pasar de un tema a otro para que pueda comprender a grandes rasgos su situación y así podamos regresar y hablar acerca de lo que es importante para usted.”

“Me preocupa que su problema médico pueda ser el resultado de que alguien la esté lastimando. ¿Es eso lo que está pasando?”

Relacione la pregunta con algo que a la usuaria haya dicho. Ejemplo:

“Usted mencionó un abuso por parte de su pareja, su temperamento y su estrés, etc. ¿Cuándo esto sucede, su pareja la ha lastimado físicamente o se ha enfrentado físicamente con usted o la ha amenazado?”

“Muchos usuarios tienen problemas de salud debido a peleas con sus esposos. ¿Conoce usted a alguien que haya tenido ese problema? ¿Le ha pasado ese problema a usted? ¿Le está pasando ahora?”

PREGUNTAS MUESTRA PARA CONTINUAR LA DETECCIÓN

“¿Ha usado alguna vez su pareja la fuerza física contra usted, su propiedad, o alguien más cuando pelea con usted?”

“¿Su pareja (familiar, etc.) la ha dañado físicamente o amenazado?”

“¿Ha sido usted empujado, agarrado con fuerza o abofeteado por su pareja? ¿Su pareja ha atacado su propiedad, mascotas u otras cosas cuando pelea con usted?”

“¿Tiene miedo de su pareja? Si es así ¿Qué es lo que hace su pareja que le produce miedo?”

“¿La ha humillado o controlado de una manera hiriente?”

¿Qué pasa si su usuaria niega la violencia doméstica?

1. Acepte la respuesta.

No todos los usuarios son víctimas de violencia doméstica. Si una usuaria parece incomoda por la pregunta, asegúrele que estas son preguntas de rutina que se le hacen a todo mundo debido a la incidencia del problema. Muchos usuarios aprecian las preguntas de rutina acerca de su salud en general.

2. Si usted todavía está preocupado de que la violencia doméstica pueda estar ocurriendo,

Hágale saber brevemente a los usuarios que usted es alguien a quien acudir si eso llegara a ser un problema para la usuaria. Hágales saber donde pueden encontrar información más confidencial sobre la violencia doméstica. Entonces pase a otros temas. Las preguntas de rutina frecuentemente abren posibilidades que las víctimas de violencia doméstica usarán después.

RESUMEN # 3-5

TIPS PARA LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Valore las necesidades inmediatas de seguridad de la víctima.

¿Está la víctima de violencia doméstica en peligro inmediato? ¿Dónde está el agresor ahora? ¿Dónde estará el agresor cuando la usuaria termine con su tratamiento?

¿Quiere o necesita la usuaria seguridad para que ésta sea notificada inmediatamente?

2. Valore el patrón e historial del abuso.

Valore las tácticas físicas, sexuales y psicológicas así como la coerción económica usadas por el agresor contra a la usuaria.

“¿Por cuánto tiempo se ha llevado a cabo la violencia? ¿Su pareja la ha forzado o lastimado sexualmente? ¿Han sido lastimadas otras personas por su pareja? ¿Su pareja controla sus actividades, dinero o los hijos?”

3. Valore la relación entre la violencia doméstica y los problemas de salud da la usuaria.

Valore el impacto del abuso contra la víctima en su bienestar físico, psicológico y espiritual y cuál es el grado de control del agresor sobre la víctima.

“¿Ha habido otros incidentes que resultaran en heridas o problemas médicos? ¿Cómo afecta la conducta abusiva a su salud actual?”

4. Valore el acceso de la víctima a los servicios ayuda y a recursos de apoyo.

¿Existen recursos comunitarios disponibles o accesibles a este usuaria? ¿Ha intentado usarlos antes? Si es así, ¿qué pasó? ¿Qué recursos (si es que hay alguno), además de los del prestador de servicios, están disponibles ahora?

5. Valore la seguridad da la usuaria: ¿existe un riesgo de muerte en el futuro o de daño considerable (mortalidad) debido a la violencia doméstica?

Pregunte sobre las tácticas del agresor: uso de armas, aumento de frecuencia o intensidad de la violencia, privación de la libertad o acoso, amenazas de homicidio o de suicidio y uso de drogas o alcohol al igual que las consecuencias en la salud de abusos pasados. Si hay hijos, pregunte sobre su seguridad física.

RESUMEN # 3-6

TIPS PARA LA INTERVENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Metas para responder efectivamente a las víctimas de violencia DOMÉSTICA:

- Incrementar la seguridad de la víctima, y
- Apoyar a las víctimas para protegerse y para proteger a sus hijos al validar sus experiencias, brindar apoyo y dar información sobre recursos y alternativas.
- El objetivo no es hacer que las usuarias abandonen a sus agresores o “arreglar” la situación o la relación por a la usuaria, sino brindar apoyo e información.

1. Escuche a la usuaria y de mensajes de apoyo:

- “Usted no merece esto, no hay excusa para la violencia doméstica. Usted merece algo mejor.”
- “Estoy muy preocupado. Esto es muy dañino para usted (y puede ser dañino para sus hijos).”

- “Esto es complicado. A veces toma tiempo entenderlo.”
- “ Usted no está solo en esto. Pueden haber algunas opciones. Apoyaré su decisión.”
- “ A mí me importa. Me da gusto que me lo haya dicho. Quiero saber sobre la violencia doméstica para que podamos trabajar juntos y mantenerla sana y salva.”

2. Escuche y responda a asuntos de seguridad.

- a. Aliente a las víctimas a hacer planes de seguridad para cuando un agresor esté presente en el centro médico, una víctima tema dejar el centro médico, o una víctima regrese con el agresor.
- b. Vea el manual sobre planeación de la seguridad.

3. Brinde la siguiente información sobre violencia doméstica a la usuaria:

- a. La violencia doméstica es un problema de salud que afecta a las usuarias (y a sus hijos). La violencia puede incrementarse; el daño que resulta del abuso se incrementa con el tiempo.
- b. Detener la violencia doméstica es responsabilidad del agresor, no de la víctima.
- c. Las víctimas, con apoyo y ayuda de otras personas, pueden incrementar su propia seguridad (y la de sus hijos).
- d. Haga una lista de cualquier ayuda que este disponible: Apoyo de salud, opciones legales, servicios de apoyo comunitario, etc.

4. Haga referencias de los recursos locales.

- a. Describa la ayuda y los sistemas de apoyo dentro del centro de salud.
- b. Haga una lista de la ayuda y los servicios de apoyo dentro de la comunidad (sí los hay).

5. Pasos de seguimiento para prestadores de servicios de salud:

- a. Programar citas a futuro, asegurarse de que a la usuaria tendrá una conexión o un contacto con un prestador de servicios de salud, preguntar qué pasó después de la última visita.
- b. Revisar los registros médicos y preguntar sobre episodios anteriores de violencia doméstica anotados en los registros médicos para así hacerle ver a la usuaria que existe una preocupación y voluntad de tratar abiertamente este problema de salud.
- c. La violencia doméstica, al igual que otros problemas de salud (fumar, desnutrición, hipertensión arterial, etc.), muchas veces requiere múltiples intervenciones antes que se resuelva.

RESUMEN # 3-7

PLANEACIÓN DE LA SEGURIDAD CON LAS VICTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Medidas de seguridad al encontrarse en una relación abusiva

Si usted está viviendo con la persona que la maltrata, aquí hay algunas cosas que puede hacer para asegurar la seguridad de usted y de sus hijos.

1. Memorice números telefónicos importantes

Amigos y familiares a quienes pueda llamar en caso de emergencia. Si sus hijos tienen edad suficiente, enséñeles números telefónicos importantes, incluyendo cómo y cuándo llamar a la policía, a la Cruz Roja u otro número de emergencia.

2. Mantenga esta información sobre la violencia doméstica en un lugar seguro.

Donde no la encuentre su agresor, pero donde pueda acceder a ella cuando necesite darle un repaso.

3. Tenga siempre algo de cambio con usted para llamar por teléfono.

4. Si puede, abra su propia cuenta bancaria.

5. Esté en contacto con sus amigos, conozca a sus vecinos.

6. Repase su plan de escape hasta que lo sepa de memoria.

7. Dele a guardar a un amigo o a un familiar de confianza lo siguiente:

- Un juego extra de llaves de la casa y del auto.
- Dinero extra.
- Un cambio de ropa.
- Copia de los documentos siguientes: acta de nacimiento de usted y de sus hijos, documentos escolares, bancarios, registros médicos, pasaporte, tarjeta del seguro social, escrituras, contratos de arrendamiento o pagos de la hipoteca, papeles del seguro, direcciones, números de teléfono importantes y cualquier otro documento de interés.

SEGURIDAD DESPUÉS QUE USTED HAYA TERMINADO CON LA RELACIÓN

Aquí hay algunas cosas que usted puede hacer para aumentar su seguridad y la de sus hijos una vez que haya dejado de vivir con el agresor.

1. Cambie las cerraduras

Si usted sigue en su hogar y el agresor sea el que se haya ido.

2. Instale tantas medidas de seguridad en su hogar como sea posible.

Que pueden incluir puertas de metal, rejas, sistemas de alarma, luces exteriores, e incluso un perro que no conozca al agresor.

3. Infórmele a los vecinos que su antigua pareja no es bienvenido en su hogar.

Pídales que llamen a la policía si ven a esa persona rondando su propiedad o vigilando su casa.

4. Asegúrese de que las personas que cuidan a sus hijos sepan claramente quienes tienen permiso de recogerlos y quienes no.

5. Obtenga una orden de restricción.

Manténgala a mano todo el tiempo y asegúrese que sus amigos y vecinos tengan copias para mostrárselas a la policía.

6. Ponga al tanto de la situación a sus compañeros de trabajo.

Es probable que su antigua pareja llegue a su trabajo a molestarla. Pídale a sus compañeros que le avisen si ven a esa persona cerca.

7. Evite las tiendas, bancos y negocios que solía frecuentar cuando estaba viviendo con el agresor.

8. Obtenga ayuda de un consejero, asista a talleres como este, únase a grupos de ayuda.

Haga lo que sea necesario para formar una red de apoyo que esté allí cuando la necesite.

RESUMEN DE MUESTRA # 3-8

MUESTRA

RECURSOS COMUNITARIOS PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LOS AGRESORES.

(para ser proporcionados por el facilitador)

Prepare una lista de información sobre los recursos comunitarios disponibles a las víctimas de violencia doméstica y agresores en el área. Para cada agencia, asociación o servicio en su lista, incluya el nombre, teléfono, dirección, horario de oficina, resumen de servicios ofrecidos (incluyendo una descripción de los servicios a usuarias con discapacidad, servicios multilingües y/o multiculturales, programas contra violencia doméstica en parejas estables, en novios, en personas del mismo sexo, etc.).

LA LISTA DEBERÁ INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Servicios telefónicos de atención de crisis (si las hay), y otros números locales de emergencia..
- Albergues temporales y alojamiento provisional.
- Grupos de apoyo dentro de los albergues.
- Servicios especiales de asistencia pública para mujeres maltratadas (para ayuda inmediata emocional, manejo del caso, cuidado de los hijos, servicios de transportación, etc..)
- Abogados y servicios a víctimas.
- Programas de intervención para agresores.
- Servicios para grupos culturales o demográficos específicos (como grupos étnicos, homosexuales y lesbianas, jóvenes, adolescentes, etc.)

EN ESTE O EN UN RESUMEN POR SEPARADO INCLUYA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN sobre agencias contra la violencia doméstica y otras agencias locales

que ofrezcan programas para servicios no específicamente relacionados con la violencia doméstica:

- a. Apoyo emocional personal y grupal.
- b. Asistencia de alojamiento.
- c. Manejo integral del caso.
- d. Capacitación laboral y servicios de colocación.
- e. Cuidados al niño y otros servicios para niños.
- f. Servicios en caso de ataque sexual.
- g. Servicios de transportación.
- h. Grupos de apoyo para homosexuales, lesbianas y bisexuales.
- i. Programas en caso de abuso de drogas.
- j. Servicios de inmigración.
- k. Programas nutricionales.

RESUMEN # 3-9

ELEMENTOS ESENCIALES DE DOCUMENTACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LOS REGISTROS DE SALUD

Historial

Queja principal o historial del padecimiento actual: solicite y registre detalles precisos del abuso y su relación con el problema actual. Incluya historial de traumas relevantes y la relación del abuso con cualquier síntoma médico coincidente.

Historial médico anterior: pregunte y registre cualquier relato médico, de trauma obstétrico o ginecológico, psiquiátrico, enfermedades (asma, diabetes, hipertensión, o cualquier enfermedad crónica) o de abuso de drogas, que esté relacionado con la violencia doméstica. Anote las condiciones que afectarán la seguridad de la usuaria o la habilidad para lidiar con el abuso.

Historial sexual: anote cualquier ataque sexual, falta de métodos de protección, ITS's (Infecciones de Transmisión Sexual), embarazos no deseados, abortos, legrados y uso de métodos anticonceptivos.

Historial de medicación: anote cualquier relación entre el uso y el abuso de psicotrópicos, analgésicos u otros medicamentos.

Historial social relevante: anote la relación con el agresor, convenio matrimonial, acceso del agresor a la víctima, relación con la familia del agresor y con la propia familia de la víctima, redes de apoyo, etc.

Al anotar lo relativo al abuso, use las propias palabras de la usuaria cuando sea posible, "Mi esposo Pedro me pegó en el ojo.", "Felipe mi novio me abofeteó".

Examen físico

Registre detalles precisos o hallazgos relacionados con el abuso, incluyendo un examen neurológico y psicológico. Use mapas del cuerpo y fotografías para

complementar las descripciones escritas. Use técnicas estándar de recolección de evidencia para lesiones agudas o ataque sexual.

Laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico

Registre los resultados de cualquier análisis de laboratorio, rayos x, o procedimientos de diagnóstico y su relación con el abuso.

Valoración de la seguridad.

Valore y registre información pertinente al riesgo de suicidio o de homicidio da la usuaria y, la probabilidad de ser lastimada o herida seriamente. Determine si es física o psicológicamente seguro para ella el ir a casa. ¿Están seguros los hijos u otros dependientes? Valore y registre el grado de involucramiento y el nivel de miedo.

Registre las opciones discutidas y la canalización ofrecida

Reporte policiaco

Anote si se levantó reporte y registre el nombre del oficial a cargo de la investigación, así como las acciones tomadas.

Medidas de registro para información de seguimiento y alta

RESUMEN # 3-10

EVALUACIÓN DEL MODULO TRES

Módulo Tres: violencia doméstica: estrategias para la revisión médica, valoración, intervención y documentación de expedientes de salud.

Sus comentarios y sugerencias nos ayudarán a brindarle mejores entrenamientos en el futuro.

7) ¿Le será útil esta información en su área de responsabilidad actual?
 Sí no

¿Qué fue lo más útil?

¿Qué fue lo menos útil?

8) la información presentada fue:
 demasiado complicada apropiada demasiado simple

9) el presentador fue:
 muy efectivo algo efectivo no efectivo

Comentarios: _____

MODULO TRES

TRANSPARENCIAS O ACETATOS

TRANSPARENCIA # 3-1	Definición de Violencia Doméstica
TRANSPARENCIA # 3-2	Guía de principios para una mejor respuesta de salud hacia la violencia doméstica
TRANSPARENCIA # 3-3	Elementos para una mejor respuesta de salud hacia la violencia doméstica
TRANSPARENCIA # 3-4	Violencia doméstica: tips para la detección
TRANSPARENCIA # 3-5	Violencia doméstica: tips para la valoración
TRANSPARENCIA # 3-6	Tips para la intervención en caso de violencia doméstica

TRANSPARENCIA # 3-1

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

La Violencia Doméstica es:

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad

TRANSPARENCIA # 3-2

GUÍA DE PRINCIPIOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
2. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar sus propias decisiones sobre su propia vida.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

TRANSPARENCIA # 3-3

ELEMENTOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valoración de la violencia doméstica
3. Intervención con usuarias que son víctimas de la violencia doméstica
4. Documentación de la violencia doméstica en los registros médicos.

TRANSPARENCIA # 3-4

TIPS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Realice la detección de la violencia doméstica sólo cuando tenga Privacidad con a la usuaria.
2. Proceda a la detección de la violencia doméstica solamente después de establecer un contacto inicial con a la usuaria.
3. Si no puede conversar con fluidez en la lengua madre de la usuaria, use intérpretes profesionales o algún otro profesional de salud como traductor.
4. Discuta cualquier límite en la confidencialidad.
5. Presente la detección de la violencia doméstica como algo rutinario.
6. Sea calmado, realista e imparcial.
7. Reúna descripciones de conducta de lo que pasó.
8. Use preguntas abiertas inicialmente.

9. Use el lenguaje y vocabulario de la usuaria de forma respetuosa.
10. Escuche.

TRANSPARENCIA # 3-5

TIPS PARA LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA

1. Valorar las necesidades inmediatas de seguridad de la víctima.
2. Valorar el patrón e historial del abuso.
3. Valorar la conexión entre la violencia doméstica y los problemas de salud de la usuaria.
4. Valorar el acceso de la víctima a los servicios de ayuda y a recursos de apoyo.
5. Valorar la seguridad de la usuaria: ¿Existe un riesgo de muerte en el futuro o de daño considerable (resultados fatales) debido a la violencia doméstica?

TRANSPARENCIA # 3-6

TIPS PARA LA INTERVENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Metas para responder efectivamente a las víctimas de la violencia doméstica:

- Incrementar la seguridad de la víctima
- Apoyar a las víctimas para protegerse y para proteger a sus hijos
- Al validar las experiencias de las víctimas.
- Brindar apoyo,
- Dar información sobre recursos y alternativas.

El objetivo **no** es hacer que las usuarias abandonen a sus agresores o “arreglar” la situación o la relación por a la usuaria, sino brindar apoyo e información.

1. **Escuche a la usuaria y de mensajes de apoyo.**
2. **Escuche y responda a asuntos de seguridad.**
3. **Brinde información sobre violencia doméstica a la usuaria:**
4. **Haga referencias de los recursos locales.**
5. **Realice pasos de seguimiento.**

MODULO CUATRO:

VIOLENCIA DOMESTICA: SESION DE APLICACIONES PRACTICAS.

TIEMPO ASIGNADO: 90 MINUTOS

METAS Y OBJETIVOS

1. Proveer modelos de procedimientos efectivos de revisión médica, valoración e intervención para responder a las víctimas de violencia doméstica.
2. Proveer un ambiente educacional donde los participantes (prestadores de servicio) tengan la oportunidad de aplicar sus conocimientos sobre violencia doméstica y asuntos culturales a los casos ejemplo.
3. Incrementar el uso de procesos de revisión médica, valoración e intervención culturalmente apropiados por parte de los prestadores (as) de servicio (prestadores de servicio) con las (os) usuarios víctimas de violencia doméstica.

TIPS DE ENTRENAMIENTO

1. Programe este módulo en base al orden de las otras sesiones.

El formato de este módulo es significativamente diferente al de otros módulos de entrenamiento descritos en este manual. Está diseñado para ser usado en conjunto con los módulos más cargados de información sobre dinámicas en violencia doméstica, competencia cultural, estrategias clínicas y asuntos legales/recursos comunitarios. Puede que algunos facilitadores quieran programar este módulo inmediatamente después del Módulo Tres para darle a los participantes un cambio en el formato de aprendizaje. Esto puede ser muy importante si los módulos son presentados en un formato de entrenamiento de un día o de un día y medio. Sin embargo, los facilitadores también pueden programar este módulo después de la sesión sobre asuntos legales y recursos comunitarios.

2. Programe este módulo de acuerdo al objetivo de la sesión.

Esta sesión puede ser impartida en una variedad de formas como parte de un programa de educación continua sobre la violencia doméstica.

a. Puede ser usado como repaso de la información dada en los otros módulos.

Si los prestadores (as) de servicio han tomado los módulos uno al tres, entonces este módulo puede ser impartido en una fecha posterior como una sesión avanzada y de renovación. En una sesión de renovación puede haber poca o ninguna presentación del contenido. Los propios participantes identificarán los puntos clave a recordar sobre revisión médica para poder responder a las víctimas de violencia doméstica.

b. Puede ser usado con personal de reclutamiento para practicar sus habilidades de entrevista:

Como pueden ser médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, residentes, internos, pasantes en servicio social y nuevos empleados.

c. También puede ser usado por prestadores (as) de servicio experimentados que estén implementando un nuevo protocolo.

Las sesiones sobre aplicaciones prácticas brindan una oportunidad a los prestadores (as) de servicio para ejercitar sus habilidades clínicas en el contexto de un protocolo amplio. A veces esta sesión pondrá al descubierto huecos en el sistema de respuestas, que los participantes pueden atender al hacer ajustes al protocolo

3. Este módulo usa un formato diferente que otros módulos descritos en este manual.

Este módulo está dividido en partes, las cuales están escritas con negrita y en fuente regular, las instrucciones de proceso están marcadas con un icono y en cursiva, las actividades interactivas y los métodos alternativos de enseñanza están enmarcadas.

4. La sesión usa un formato de involucramiento directo de los participantes con los casos ejemplo.

Algunos prestadores de servicios de salud muestran un poco de renuencia a participar en entrenamientos que incluyen juegos de roles. Pero una vez que los participantes las completan, este tipo de sesiones regularmente obtiene las puntuaciones más altas en las formas de evaluación.

A los facilitadores se les alienta a utilizar este enfoque de entrenamiento con todos los prestadores (as) de servicio de salud en vez de crear divisiones basadas en las diferentes especialidades de éstos: médicos, enfermeras, residentes, trabajadores sociales, internos, pasantes, psicólogos, etc. A veces los prestadores (as) de servicio piensan que otras disciplinas necesitan las sesiones de aplicación práctica, mientras que su propia disciplina no lo necesita. Todos los prestadores de servicios involucrados en la respuesta hacia las víctimas de violencia doméstica se benefician al practicar estas habilidades de entrevista.

5. Este módulo se centra en el uso de los enfoques de entrevista por parte de los participantes para una revisión médica, valoración e intervención efectiva con las víctimas de violencia doméstica.

Los procedimientos más efectivos para responder a este problema de salud en particular son llevados a cabo cuando se escucha y se habla con las víctimas sobre el problema. Usar estas habilidades de entrevista y brindar información precisa son el procedimiento de elección para responder a la violencia doméstica.

6. Estructurar las sesiones como conferencias de casos o talleres de aplicación clínica es usualmente más beneficioso que referirse a ellas como sesiones de juego de roles.

La práctica de procedimientos (como RCP y técnicas quirúrgicas) es una parte integral de la educación de salud para todos los prestadores (as) de servicio. Este enfoque de enseñanza es recomendado porque la aplicación del conocimiento a través de la práctica de las habilidades tiende a facilitar la mayoría de los cambios conductuales en la práctica clínica de los individuos.

7. Al igual que con los otros módulos, es importante que el facilitador se familiarice con el contenido del Manual de Recursos, incluyendo los apéndices.

En particular, el facilitador debe tener conocimiento de las secciones sobre dinámicas de la violencia doméstica, estrategias clínicas, la *Guía de Competencia Cultural*, los

estándares de acreditación de la JCAHO (ver el Modulo 5 resumen # 5-5 para un resumen de los estándares de la JCAHO) al igual que este *Manual del Facilitador*. Mientras que sólo hay una sección de 15 minutos en este módulo para presentar puntos de repaso, el facilitador necesitará conocer toda la información para ayudar a los participantes al explicar las sesiones de práctica.

A veces al explicar un enfoque de entrevista en particular, un prestador (a) de servicio revelará alguna confusión o concepción errónea sobre la violencia doméstica, como actitudes de culpa a la víctima, o acerca de algún asunto cultural. Un facilitador con mucho conocimiento del contenido puede aclarar la mala información brevemente.

8. De ser posible, los facilitadores de los otros módulos deberán participar en al menos una sesión del Módulo de Aplicaciones Prácticas.

Escuchar a los participantes intentar utilizar la información brindada en los otros módulos muchas veces le da al facilitador información de retroalimentación sobre qué y cuánto se aprende de las sesiones anteriores.

9. Puesto que este módulo requiere que los participantes trabajen en grupos pequeños, es importante seleccionar un espacio que permita al grupo trabajar en equipos cómodamente.

Cada equipo deberá poder formar un pequeño círculo de cara a los otros equipos. El mejor espacio permitirá a los equipos estar lo suficientemente separado para que los participantes puedan mantener su atención en su propio equipo y no ser distraído mucho por el trabajo de los otros. Los participantes necesitan sillas que se puedan mover para poder alejarse de las mesas de conferencia. El salón y las sillas pueden acomodarse por adelantado.

10. Los facilitadores deberán decidir por adelantado como se dividirá a los participantes en equipos.

Los facilitadores deberán tomar en cuenta como prefieren que los participantes estén sentados. Ellos pueden querer que los participantes se sienten en formas diferentes que aseguren una diversidad de disciplinas médicas o que alienten a las personas a trabajar con los participantes que no conozcan bien. A medida que los participantes lleguen, se les puede pedir que se sienten de acuerdo a las instrucciones del facilitador, o esto puede ser llevado a cabo durante la sesión (ver la sección II A de este módulo).

11. Deje que los participantes tomen sus lugares en los equipos y que se presenten con los otros miembros del equipo, antes de dar instrucciones para la sesión.

12. Este módulo utiliza escenarios caso.

Este manual brinda tanto escenarios caso de muestra, así como sugerencias para ayudar a los facilitadores a desarrollar sus propios escenarios caso. (Vea los escenarios muestra en el apéndice B o las instrucciones para desarrollar escenarios comunes al final de este capítulo.) Obviamente, cuando los facilitadores desarrollan sus propios escenarios caso, pueden ajustar la sesión a las necesidades específicas de entrenamiento de los participantes y de la diversidad de los prestadores de servicios de salud y de usuarias (os) .

**ESQUEMA DE LA PRESENTACION:
LA VIOLENCIA DOMESTICA: APLICACIONES PRACTICAS.**

**I. INTRODUCCION
(5 MINUTOS)**

A. El propósito de esta sesión es dar a los prestadores (as) de servicio la oportunidad de utilizar el conocimiento y las habilidades presentadas en los módulos anteriores.

⇒ **Nota para el facilitador:** *El facilitador puede ajustar los enunciados iniciales de propósito de acuerdo a la audiencia.*

(Por ejemplo, el propósito de la sesión puede ser prepararse para la implementación del nuevo protocolo, o revisar los seminarios previos.)

B. Revisión de los puntos principales del Módulo Uno sobre las dinámicas de la violencia doméstica.

1. La violencia doméstica es un problema de salud importante.
2. La definición de violencia doméstica y su impacto en las víctimas.

C. Revisión de los puntos principales del Módulo Dos sobre competencia cultural.

1. Definición de competencia cultural del Módulo Dos, sección II B.

2. El brindar cuidados de salud a las víctimas de violencia doméstica como a todos los usuarias (os), debe ser culturalmente competente para así ser efectivo.

METODOS ALTERNATIVOS DE ENSEÑANZA

OPCION A

El facilitador puede hacer referencias a los resúmenes (o transparencias) que contengan los puntos principales para revisión. (Ver los manuales del #4-1 al #4-4 y/o las transparencias #4-1 a la #4-3.)

OPCION B

El facilitador puede pedir que los participantes hagan una lista breve de los puntos principales que aprendieron sobre violencia doméstica en las sesiones previas.

D. Revise los puntos principales del Módulo Tres sobre habilidades clínicas.

Nota para el facilitador: revise los siguientes elementos de una respuesta mejorada de salud a la violencia doméstica.

1. Revisión médica de rutina.
2. Valoración.
3. Intervención.
4. Documentación.
5. Evaluación.

METODOS ALTERNATIVOS DE ENSEÑANZA

OPCION A

El facilitador puede hacer referencias a los resúmenes (o transparencias) que contengan los puntos principales para revisión sobre revisión médica, valoración, intervención y documentación. (Ver los manuales del #4-5 al #4-8 y/o la transparencia #4-4).

OPCION B

El facilitador puede pedir que los participantes hagan una lista breve de los puntos principales que aprendieron sobre violencia doméstica en las sesiones previas. Si el centro de atención cuenta con un protocolo escrito que cubra estos asuntos, deberá hacerse referencia de él aquí y se le deberá dar una copia a los participantes.

E. Esta sesión sobre aplicaciones practicas ayudará a los participantes a manejar casos con ejemplos específicos, y aplicar la información aprendida en los módulos anteriores.

METODOS ALTERNATIVOS DE ENSEÑANZA.

OPCIONES PARA LOS ESCENARIOS DEL CASO:

OPCION A

Usted puede brindar tres casos que tengan descripciones muy detalladas de lo siguiente:

Centro de atención, problema de salud presente, número de usuarias (os), estilo interpersonal de comunicación del usuaria (o), preocupaciones del usuaria (o), y el patrón de las tácticas de violencia doméstica.

OPCION B

Usted puede brindar escenarios del caso en el que algunos elementos del caso son definidos por la persona que toma el papel del usuaria (o). Al menos usted deberá dar información sobre el centro de atención, el problema de salud presente y el número de usuarias (os).

Vea la hoja de instrucciones para escribir escenarios del caso para las sesiones de aplicación al final de este módulo. Vea también los escenarios muestra del caso en el Apéndice B.

II. INSTRUCCIONES PARA LAS SESIONES DE APLICACIONES PRACTICAS.

(10 minutos)

A. Método sugerido para dividir el grupo en equipos

(si no se ha realizado al llegar los participantes):

Notas para el facilitador:

1. *El dividir por números es frecuentemente el método más eficiente para dividir el grupo. Esto crea cierta mezcla en los grupos, lo cual es útil. Si utiliza este método, cuente a los participantes, divídalos entre 3, después pídale que cuenten hasta cierto número. (Por ejemplo, un grupo de 30 personas contará del 1 al 10. (Todos los #1 formarán un equipo, y así sucesivamente.)*
2. *Cuando los participantes estén divididos y sentados en grupos de tres, pídale a los miembros del equipo que se sienten frente a frente, se presenten y esperen instrucciones.*

Las siguientes instrucciones del ejercicio son para uso del facilitador.

B. Durante esta sesión tendremos tiempo para practicar las habilidades de revisión médica, valoración e intervención, con tres escenarios de caso.

C. Para cada escenario hay tres papeles diferentes: usuaria (o), prestador de servicios de salud y observador. Ustedes tendrán la oportunidad de representar cada uno de los papeles para completar la actividad.

D. El papel de usuaria (o)

1. Cuando sea su turno de ser el usuaria (o), lea en silencio la descripción de su caso.
2. Por favor, antes de la entrevista, no muestren la descripción de su caso a sus compañeros de equipo o no les digan nada específico sobre la violencia doméstica. Durante la entrevista, es el deber de su prestador de servicios de salud el solicitar la información sobre si existe violencia doméstica o no, y (si existe violencia doméstica) cuál es el impacto de ésta en ustedes. Por favor lean la descripción del caso cuidadosamente y asuman el papel del usuaria (o) tanto como sea posible.

3. Cuando yo dé las instrucciones, ustedes seleccionarán un prestador de servicios del equipo (cada miembro del equipo puede representar un papel una vez solamente). Háblele a su proveedor, de forma rápida, sobre su nombre e información personal (edad, situación marital, hijos, etc.), y la razón de la cita. Esta información está detallada en las primeras tres secciones del escenario.
4. Durante el ejercicio, tomen nota de lo que su prestador de servicios diga o haga que sea útil para la revisión, valoración e intervención en cualquier asunto relacionado con la violencia doméstica. Noten si existe cualquier cuestión cultural que esté afectando el proceso. -Por “cuestiones culturales”, queremos decir suposiciones culturales, creencias o factores comunicativos que influyen la interacción usuaria (o)-prestador de servicios.

E. El papel del prestador de servicios

1. Su trabajo es entrevistar al usuaria (o), detectar la violencia doméstica, completar una valoración apropiada y brindar intervenciones en una manera culturalmente competente.
2. Tomen nota de cómo respondieron a esta labor y a este usuaria (o) .
3. Noten si existe cualquier cuestión cultural que esté afectando el proceso.

F. El papel de observador

1. Como los observadores de esta sesión de práctica, tomen nota de la actitud y las palabras del prestador de servicios que ayuden a revisar, valorar e intervenir en cuestiones de violencia doméstica de forma efectiva.
2. Noten también si existe cualquier cuestión cultural que afecte el proceso.

G. Cada entrevista durará solamente 10 minutos.

Es importante que permanezcan en su papel durante toda la entrevista. Yo les indicaré cuando empezar con la entrevista y cuando detenerla.

1. Cuando diga “tiempo”, les pediré que paren, aún si están en medio de una oración.
2. No discutirán el asunto entre ustedes inmediatamente después del juego de roles. Eso vendrá más tarde.
3. Primero les haré algunas preguntas y ustedes tomarán algunas notas sobre sus respuestas a esas preguntas. Después se les darán instrucciones para pasar al siguiente escenario.
4. Entonces, después de que los tres juegos de roles hayan sido completados, se les dará tiempo para hablar con sus compañeros de equipo.

H. Al final de la sesión, reunidos como grupo, discutiremos los enfoques efectivos usados por el prestador de servicios en los escenarios, tomando en consideración la precisión cultural y lo apropiado de los métodos.

I. ¿Alguna pregunta?

⇒ **Nota para el facilitador:** el facilitador debe aclarar ahora, de forma breve, cualquier pregunta sobre los pasos del proceso.

III. SESION DE APLICACIONES PRACTICAS
(40 minutos)

⇒ **Notas para el facilitador:**

1. *Escoja tres escenarios de caso, ya sea de los casos muestra en el apéndice B o de aquellos que haya escrito para el entrenamiento.*
2. *Tal vez usted quiera poner cada uno de los tres escenarios en papel de diferente color para una fácil referencia durante la explicación.*
3. *Distribúyales a los equipos uno de cada uno de los escenarios. Para reducir el tiempo en la logística, los facilitadores pueden colocar los escenarios en las sillas antes de empezar el taller.*
4. *Es muy útil para el facilitador usar un micrófono móvil, si hay uno disponible. Un micrófono le permite al facilitador mantener la atención de los participantes mientras da instrucciones.*

A. Por favor lean en silencio el escenario que les fue asignado.

B. Levanten la mano todos los (as) usuarias (os) # 1.

1. Todos deberán poner sus escenarios bajo sus sillas.
2. Usuaría (o) # 1, usted es la usuaria (o) para el primer escenario. Por favor, pídale a alguien en su equipo que sea su prestador de servicios de salud y el otro pídale que sea el observador. Cuando le diga que empiece, lea en silencio la descripción del usuario (o) otra vez. Después lea las primeras tres secciones (centro de atención, problema de salud presente e información demográfica) a su prestador.
3. Luego el prestador de servicios comenzará la entrevista. El centro de esta entrevista es detectar la violencia doméstica, y si ésta existe, responder de una manera culturalmente apropiada y efectiva.
4. ¿Alguna pregunta?

C. Den comienzo al sociodrama, por favor.

⇒ **Nota para el facilitador:** dele a los equipos 10 minutos para cada entrevista. Observe en silencio a cada uno de los equipos para tener una noción de lo que están haciendo; que cuestiones están siendo discutidas, etc. Pare el sociodrama después de 10 minutos.

D. Paren y escuchen mis instrucciones.

Por favor, no discutan el escenario con su equipo todavía. Se les dará tiempo para hacerlo más tarde.

E. En una hoja de papel, tomen notas.

Usaremos estas notas más tarde en la discusión de los enfoques clínicos, incluyendo cualquier cuestión cultural, al contestar las siguientes preguntas:

⇒ **Nota para el facilitador:** Use la transparencia #4-5 o coloque un póster con las preguntas de discusión para que pueda ser usado durante todas las discusiones. Evite usar acetatos en esta actividad que requieran que las luces se apaguen.

1. ¿Está experimentando esta usuaria (o) violencia doméstica? ¿Qué dijo o hizo el prestador de servicio que ayudara a obtener la información para determinarlo?.
2. Si existe la violencia doméstica, ¿Qué hizo o qué dijo el prestador de servicio que ayudara en la valoración del problema?.
3. Si existe la violencia doméstica, ¿Qué hizo o qué dijo el practicante que haya respondido a la violencia doméstica?.
4. ¿De qué manera afectan al proceso las perspectivas culturales del prestador de servicios de salud y de la usuaria (o)? ¿De qué forma incluyó el prestador de servicio enfoques culturalmente apropiados para asegurar la efectividad clínica?

⇒ **Nota para el facilitador:** Todas estas preguntas se centran en los métodos efectivos del prestador de servicios de salud. Esto es a propósito. A pesar de que algunos errores pueden cometerse (lo cual puede discutirse después), la atención se centra ahora en las aplicaciones exitosas de aprendizaje.

F. Repita los pasos A-E para cada uno de los próximos dos escenarios de caso.

G. Una vez que los tres escenarios sean completados, de a los equipos cinco minutos para discutir cualquier aspecto de las entrevistas que quieran discutir (como por ejemplo los sentimientos, la reacción hacia cualquier papel, etc.).

IV. DISCUSION EN GRUPO: DISCUSION SOBRE LOS TRES ESCENARIOS DE CASO.

(30 minutos)

⇒ **Nota para el facilitador:** *Precaución: Si usted cuenta con menos de 90 minutos para la sesión, usted puede ya sea cortar el número de escenarios usados en la práctica o decidir cual escenario explicar. No trate de explicar todo en menos de 30 minutos permitidos para la discusión. La discusión sirve para animar a los participantes a que reflexionen en estos asuntos. Tratar de cubrir muy rápidamente todos los casos ejemplo, a veces disminuye el impacto que tiene un caso cubierto de forma correcta.*

La siguiente sección ya no es de uso exclusivo para el facilitador.

A. Pídale a los participantes que reflexionen sobre los tres casos, todos juntos como grupo.

⇒ **Nota para el facilitador:** *para cada uno de los casos ejemplo, empiece una discusión sobre las preguntas anotadas después:*

1. *Para comenzar con la discusión, dígame a todos los usuarias (os) # 1 que levanten la mano; luego pídale a los prestadores de servicios de los usuarias (os) #1 que también levanten la mano.*
2. *Lea algunos puntos clave del escenario para que todos estén al tanto de ese caso en particular y centre la discusión en las preguntas.*
3. *Aborde cada pregunta por separado. Anote en un póster o en un pizarrón las conductas útiles o las palabras identificadas por los participantes para cada pregunta.*
4. *Parte del objetivo de realizar el ejercicio de esta forma es que los participantes escuchen las múltiples formas "correctas" de hacer esta labor.*

Preguntas:

1. ¿Era esta usuaria o usuario una víctima de violencia doméstica?

¿Qué dijo o hizo el prestador de servicio que ayudara a obtener la información necesaria para determinarlo?

2. Si hubo violencia doméstica,

¿Qué dijo o hizo el prestador de servicio que ayudara en la valoración del problema?

3. Si hubo violencia doméstica,

¿Qué dijo o hizo el prestador de servicio para que respondiera de forma efectiva a la violencia doméstica?

B. Dirija una discusión sobre las cuestiones culturales que puedan haber influido en el proceso.

⇒ **Notas para el facilitador:**

1. *Al escoger casos para los escenarios, elabórelos de tal manera que las cuestiones culturales tengan un impacto en las estrategias de revisión, valoración y de intervención, usadas por los prestadores de servicios de salud.*
2. *Aliente a los participantes a identificar las cuestiones culturales, en vez de que usted como facilitador se las presente. Si, durante la discusión, los participantes identifican un impacto negativo de un enfoque en particular por parte de un prestador de servicios, debido a cuestiones culturales, alíentelos a dar ejemplos de enfoques más apropiados para ese escenario. Por ejemplo:*
 - *A un prestador de servicios que simplemente le haya dicho a una usuaria (o) que llamara a la policía o a sus padres si era atacada otra vez, el grupo podría sugerirle un plan de seguridad que no incluya dar parte a las autoridades o la familia (ejemplo: ponerse a salvo al abandonar el área o al ir a casa de un amiga, etc.). El grupo puede sugerir que el prestador de servicios le pregunte a la usuaria (o) qué pasos estaría dispuesto a tomar para incrementar su seguridad.*
3. *Prepare de antemano una lista de las posibles cuestiones culturales que puedan ser identificadas en cada escenario caso. A veces, los participantes notarán cuestiones culturales que el facilitador no note o no haya tomado en cuenta para formar parte de ese escenario en particular.*
4. *Recuerde, en esta actividad estamos estudiando las formas en que las cuestiones culturales pueden tener impacto sobre los cuidados de salud, a través de la detección de la violencia doméstica, valoración e intervención. El facilitador puede necesitar atraer la atención de los participantes hacia ese objetivo de la discusión.*

Repita las preguntas de discusión con cada escenario.

V. RESUMEN DE LOS PUNTOS PRINCIPALES

(5 minutos)

⇒ **Nota para el facilitador:** aliente a los participantes a:

1. Practicar diferentes enfoques en su propio ambiente.

A veces, sólo al realizar un mini juego de roles con sus colegas, ellos se pueden dar cuenta de cómo pueden tratar el asunto de la violencia doméstica con una usuaria (o) de una forma culturalmente apropiada.

2. Consultar uno con otro sobre casos de violencia doméstica.

Al hacer esto, reflexione sobre las creencias y conductas de los prestadores (as) de servicio, no sólo en las de las usuarias (os).

3. Consultar uno con otro sobre la interacción entre las cuestiones culturales de una usuaria (o) y de un prestador de servicio y, el impacto que tiene sobre la prestación de servicios de salud a las víctimas de violencia doméstica.

4. Reconozca que el aprendizaje y el mejoramiento de nuestro desempeño clínico es un proceso continuo.

⇒ **Nota para el facilitador:** agradezca a los participantes y pídale que llenen la forma de evaluación en el resumen #4-9.

SUGERENCIAS PARA EL DISEÑO DE ESCENARIOS DE CASO PARA LA SESIÓN DE APLICACIONES PRACTICAS.

TIPS GENERALES:

1. Si los facilitadores tienen suficiente tiempo para prepararlos, es mejor escribir su propio escenario del caso.

De esta manera, tienen la posibilidad de crear escenarios que cumplan con las necesidades de una audiencia en particular. Mientras más conozcan los facilitadores a las comunidades a las que sirven, más pueden elaborar escenarios que traten los aspectos más relevantes para los participantes.

2. Los escenarios necesitan ser escritos de acuerdo al propósito de la sesión mencionado con anterioridad. Por ejemplo:

- Si el objetivo de la sesión de aplicaciones es desarrollar la simpatía hacia las diversas víctimas de violencia doméstica, los escenarios y la explicación de instrucciones, deberán ser elaboradas con ese propósito en mente, p.e. la discusión de información deberá centrarse en las experiencias de las víctimas durante el proceso.

Sin embargo, para este módulo, el objetivo de la sesión de aplicaciones es mejorar la práctica clínica de diversos prestadores (as) de servicio en sus enfoques de revisión, valoración e intervención con diversas víctimas de violencia doméstica. Por lo tanto, los escenarios de caso necesitan contener información muy relevante para los participantes que buscan mejorar esas habilidades clínicas.

3. Es útil ser intencional sobre qué elementos y el número de estos incluidos en cada escenario.

Los facilitadores deben incluir solamente aquellos elementos que puedan ser abordados en el espacio de tiempo asignado para discusión. Es igual de útil no dar demasiados detalles o elementos puesto que los participantes tienen un tiempo relativamente corto para leer, retener y trabajar con el escenario. Los escenarios de caso cortos permiten que los participantes agreguen sus propias ideas al personaje; esto hace que sea más fácil convertirse en la persona en el escenario.

4. Los escenarios caso pueden representar varios grados de complejidad.

Al enseñar nuevas habilidades, no es útil usar tanto el mejor caso como el peor. Los escenarios necesitan ser realistas y realizables.

5. Puede ser útil si el escenario es diseñado en torno a un ejemplo familiar para los participantes o una ejemplificación de un caso que el facilitador haya usado en un módulo anterior.

6. Escribir todos los escenarios usando el mismo formato también es útil.

Lo que sigue es una descripción general usada para organizar cada escenario caso, con algunos comentarios sobre qué tomar en consideración cuando escriba sus propios escenarios caso. Ver el apéndice B para muestras.

FORMA SUGERIDA PARA ESCENARIOS CASO

ESCENARIO # _____
NOMBRE DE LA USUARIA (O) _____

⇒ **Nota para el facilitador:** el numerar los escenarios brinda una forma fácil de identificación cuando el facilitador está dando instrucciones o explicando el escenario. A veces los facilitadores usan el nombre del usuaria (o) como identificador. El imprimir los escenarios en papel de distintos colores también ayuda a distinguirlos.

En ocasiones el nombre de la usuaria (o) es asignado de antemano para indicar identificación cultural y fondo. A veces se deja en blanco y al participante que representa el papel de usuaria (o) se le indica que llene el espacio con su nombre.

1. Ambiente de salud:

⇒ **Nota para el facilitador:** los facilitadores pueden usar una gran variedad de ambientes de salud para dar a entender que la violencia doméstica es un problema de salud que puede aparecer en cualquier ambiente o situación de salud: medicina preventiva, urgencias, cirugía, obstetricia y ginecología, salud reproductiva, modulo de atención al adolescente, salud mental, etc. Regularmente, los ambientes usados reflejan los ambientes de los participantes. Es útil tener al menos un ambiente que llame la atención de los participantes.

2. Problema de salud presente:

⇒ **Nota para el facilitador:** diseñe escenarios usando una variedad de problemas de salud con cierto grado de gravedad: lesiones (moretones, huesos rotos y heridas internas), trastornos de salud resultado del abuso y coerción del agresor (sexo sin protección que lleva a embarazos no deseados o a contraer enfermedades venéreas), y problemas de salud agravados por la coerción del agresor (diabetes y lupus). De nueva cuenta, usted querrá seleccionar problemas de salud que sean familiares al trabajo de sus participantes y al menos uno que pueda llamar su atención.

3. Información demográfica:

⇒ **Notas para el facilitador:** incluya variantes tales como la edad, grupo étnico, nivel socioeconómico, ocupación, religión, educación, orientación sexual, habilidades físicas, hijos, y estado de la relación (casada, viviendo en unión libre, saliendo con alguien, pasada, actual).

El usar una variedad de casos da a entender la diversidad de víctimas de violencia doméstica. Como facilitador, usted quizás quiera demostrar de que forma afectan las perspectivas culturales y las realidades a la interacción prestador de servicios - usuaria (o) . Por lo cual, usted debe seleccionar datos demográficos que ilustren esos problemas.

Recuerde que la información demográfica forma parte de la información inicial al prestador de servicios. No incluya cualquier información que no quiera que el usuaria (o) le lea al prestador de servicios.

A veces puede dejar el espacio para información demográfica en blanco y permitirle a los participantes que lo llenen con su propia descripción.

4. Descripción del usuaria (o) y preocupaciones:

⇒ **Notas para el facilitador:** en esta sección, el facilitador puede describir como se siente y actúa la usuaria (o) inicialmente durante la entrevista (con miedo, retraído, enojado o deprimido) y enuncie cuales pueden ser algunos problemas y preocupaciones particulares de la usuaria (o) (el dejar a los niños desatendidos en casa, el regreso del agresor, quejas médicas en lo particular, etc.).

Tome nota en esta sección si la usuaria (o) tiene algún problema cultural en lo particular, que pueda afectar su respuesta al enfoque del prestador de servicios de salud para la revisión, valoración o intervención. (Por ejemplo, un usuaria (o) puede acudir a aquellos considerados como “ayudantes naturales” dentro de una cultura o comunidad específica, mientras otro puede resistirse a usar una agencia comunitaria en particular debido a su racismo o homofobia.)

5. Descripción e historial de la violencia doméstica:

⇒ **Nota para el facilitador:** incluya información sobre el patrón específico de conducta coercitiva del agresor (agarrar con fuerza, empujar, golpear, aislar, acosar, atacar las mascotas o la propiedad, amenazas contra las víctimas, sus hijos, a sí mismo, etc.). Indique el impacto que tiene el abuso, a través del tiempo, en la salud del usuaria (o) : lesiones, padecimientos y problemas médicos. Indique también si el usuaria (o) a buscado ayuda en el pasado, de quién, y qué respuesta obtuvo (sí se conoce).

PARA LAS NOTAS DEL FACILITADOR SOLAMENTE:

(Estas no aparecerán en la copia del escenario distribuida a los participantes).

⇒ **Nota para el facilitador:** Después de diseñar el escenario, haga una lista de las formas que cualquier cuestión cultural puede tener efectos en la revisión, valoración o intervención con esta víctima de violencia doméstica. Estas notas pueden ayudar a guiar al facilitador durante la explicación de cuestiones culturales.

FORMA DE MUESTRA EN BLANCO PARA ESCENARIOS CASO.

INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES:

Lea en voz baja todo el escenario. No comente al principio los detalles con otros en su equipo. Cuando le diga el facilitador, usted solamente le leerá la información contenida en las secciones una a tres

ESCENARIO # _____

NOMBRE DEL USUARIO (O) : _____

1. Ambiente de salud:
2. Problema de salud presente:
3. Información demográfica:
4. Descripción del usuario (o) y preocupaciones:
5. Descripción e historial de la violencia doméstica:

PARA LAS NOTAS DEL FACILITADOR SOLAMENTE:

Cuestiones culturales/enfoques culturalmente apropiados:

Ver el apéndice B para escenarios caso muestra.

RESUMENES PARA EL MODULO CUATRO

Todos estos resúmenes, con excepción de la forma de evaluación, son de módulos anteriores y para ser usados como referencia. Si el entrenamiento es realizado en periodos de un día o día y medio, entonces usted no tendrá que reproducirlos para cada módulo.

RESUMEN # 4-1

La Violencia Doméstica como un problema primario de salud

RESUMEN # 4-2

Definición de Violencia Doméstica y lista de conductas abusivas

RESUMEN # 4-3

Principios Guía y Elementos de una

RESUMEN # 4-4	Respuesta Mejorada de Salud hacia la Violencia Doméstica
RESUMEN # 4-5	Definición de Competencia Cultural Tips para la Detección de la Violencia Doméstica
RESUMEN # 4-6	Tips para la Valoración de la Violencia Doméstica
RESUMEN # 4-7	Tips para la Intervención en caso de Violencia Doméstica
RESUMEN # 4- 8	Elementos Esenciales de Documentación de la Violencia Doméstica en los Registros de Salud
RESUMEN # 4-9	Forma de Evaluación

RESUMENES OPCIONALES PROVISTOS POR LOS FACILITADORES

- **Copias de cualquier estándar estatal o de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales y Organizaciones de Cuidado Médico (JCAHO por sus siglas en Inglés) relacionados con la violencia doméstica o la salud.**

En el caso de que en el centro de atención se cuenten con requerimientos de reporte, provea un resumen sobre los pasos específicos para seguir esos requerimientos, a la vez que sigue la guía para aumentar la seguridad de la víctima y respeta su autonomía como adulto.

- **Si se encuentra disponible, provea una copia del protocolo del centro de atención para responder a las víctimas de violencia doméstica.**

RESUMEN #4-1

LA VIOLENCIA DOMESTICA: UN PROBLEMA PRIMARIO DE SALUD. HOJA DE INFORMACION

VIOLENCIA DOMESTICA:

Todo acto de violencia que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la privada.

PREVALENCIA:

La violencia doméstica es virtualmente imposible de medir con absoluta precisión debido a numerosas complicaciones que incluyen el estigma social que inhibe a las víctimas al momento de hablar sobre el maltrato que sufren y, la variedad de definiciones de abuso usadas de estudio a estudio. Un cálculo estimado varía entre unos 960,000 incidentes de violencia contra un esposo o exesposo, novio o novia por año¹ y 3.9 millones de mujeres que son abusadas físicamente por año².

El 22 de Julio de 1997, la UNICEF publicó *The Progress of Nations, 1997*, el cual puso de manifiesto que un cuarto de la mitad de las mujeres del mundo habían sufrido violencia de parte de su pareja.³

En México, como en otros países, la violencia es reconocida como un problema de salud pública ya que impacta a la salud de las personas en todas las áreas de su desarrollo.

No se tienen datos que permitan tener un panorama nacional sobre la prevalencia de la violencia hacia las mujeres debido a que no existe un Sistema de Información Interinstitucional, sin embargo algunos estudios regionales validan la importancia de considerar a la violencia como un problema que merece acciones inmediatas para combatirla.

*Una investigación realizada con 1,064 mujeres en la zona metropolitana de Monterrey, México encontró que el 46.1% sufre algún tipo de violencia en manos de su pareja.*⁴

En una muestra de mujeres casadas o en unión libre en el sur de la Ciudad de México, el 38.4% había sufrido violencia por parte de su pareja.⁵

¹ U.S. Department of Justice: *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends, and Girlfriends*, March 1997.

² The Commonwealth Fund, *First Comprehensive National Health Survey of American Women*. July 1993.

³ UNICEF, *The Progress of Nations*, 1997.

Resultados de un estudio en Ciudad Nezahualcoyotl muestran que de 342 mujeres alguna vez unidas en pareja, de 15 años y mayores, el 33% había vivido una relación violenta. De éstas el 66% sufría violencia física, el 76% violencia psicológica y el 21% había sufrido violencia sexual.⁶

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) desde su creación en 1990, reporta que entre el 88 y 90 % de las personas que viven violencia familiar en el Distrito Federal son mujeres. (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, 1997).

LESIONES Y OTRAS CONSECUENCIAS DE SALUD DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El Banco Mundial en 1993 en el *Informe sobre el desarrollo mundial*, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo. Las mujeres entre 15 y 44 años pierden uno de cada cinco años de vida saludable, debido a violaciones y violencia doméstica, y a nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el SIDA, la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.⁷

La violencia puede tener numerosas consecuencias para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como el embarazo no deseado, abortos, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, ETS/VIH/SIDA e infertilidad. El temor a la violencia doméstica con frecuencia impide que las mujeres usen anticonceptivos o soliciten a sus compañero que usen condón.

COSTOS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

De 1987 a 1990 el crimen le costo a los estadounidenses \$450 billones por año. Las víctimas adultas de violencia doméstica incurrieron en un 15% del total del costo del crimen en víctimas (\$67 billones).⁸

Un estudio llevado a cabo en el Rush Medical Center de Chicago descubrió que el costo promedio por servicios médicos brindados a mujeres abusadas, niños y personas de la tercera edad fue de \$1633 por persona por año. Esto ascendería a un costo total anual de \$857.3 millones.⁹

A nivel global la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer, es comparable con la carga que representan enfermedades como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.¹⁰

IDENTIFICACION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA:

El 92% de las mujeres que fueron abusadas físicamente por sus parejas no hablaron de estos incidentes con sus médicos; el 57% no habló de esto con nadie.¹¹

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1997 sobre la ruta crítica de las mujeres maltratadas, se identificó como un obstáculo el "peloteo" al que es objeto la mujer ya que pasa de un servicio a otro exponiéndose al

ridículo, al silencio, a la culpabilización por parte de quienes la atiendan, ya sea en el sector salud o en las instancias legales.¹²

Estudios clínicos recientes han demostrado la efectividad de una revisión médica de 2 minutos para detección temprana del abuso en mujeres embarazadas.¹³ Estudios longitudinales adicionales han probado un proceso de intervención de 10 minutos que ha resultado altamente efectivo al incrementar la seguridad de mujeres embarazadas que son abusadas.¹⁴

EMBARAZO:

Una investigación realizada en el estado de Morelos, México, se encontró que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y postparto inmediato. Además, los(las) recién nacidos de madres maltratadas pesan 560grs. menos que aquellos cuyas madres no fueron agredidas.¹⁵

Comment: Sería bueno que se metieran los datos que tiene Graciela sobre muerte materna en el embarazo.

Las complicaciones del embarazo incluyendo bajo peso, anemia, infecciones y sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo, son significativamente más altas en las mujeres que sufren abusos^{16 17}, al igual que el índice de depresión maternal, intentos de suicidio, tabaquismo, alcoholismo, y uso de drogas.¹⁸

RECOMENDACIONES DE MUJERES

En 1998 el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán CISC realizó investigaciones sobre violencia doméstica específicamente, como una realidad en la vida de las mujeres de la frontera de Chiapas. las mujeres expresaron sus propias sugerencias y recomendaciones en base a sus experiencias vividas en tres ejes principales:

- g) Cambiar el comportamiento de los hombres
- h) Educar a los hijos y
- i) Apoyo a las mujeres

Especialmente de personas con sensibilización y capacitación para atenderlas como psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales que se encuentran en instituciones o que apoyen a grupos organizados. Por otro lado señalaron la utilidad de centros de atención especiales dentro de las mismas instituciones.¹⁹

RECOMENDACIONES DE POLITICAS:

México como parte de la Comunidad Internacional, participa en acciones multilaterales para combatir y erradicar la situación de violencia familiar que se ha dado a nivel mundial. De esta forma, ha firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales que consideran acciones para disminuir y de ser posible eliminar la violencia al interior de la familia.

Es así como el Estado ha encaminado acciones para combatir la violencia familiar, que ha tenido un incremento importante en los últimos años. La Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró la Norma Oficial Mexicana –190-SSA1-1999 que determina los criterios para brindar atención médica integral a personas que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar.

Es a través de esta norma, que el gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en seno de la familia y contra la mujer especialmente en la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belén do Pará” (OEA, 1994); en la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

RESUMEN # 4-2

DEFINICION DE VIOLENCIA DOMESTICA Y LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS

violencia doméstica es

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad

LISTA DE CONDUCTAS ABUSIVAS

1. Abuso físico.

Escupir, pellizcar, sacudir, agarrar, aventar, empujar, arrojar al suelo, golpear con la mano abierta, golpear con el puño, encerrar, impedir el escape, ahogar, golpear con objetos, pegar, patear, usar armas, quemar, controlar el acceso de la víctima a recursos de salud, etc.

2. Abuso sexual:

Presionar continuamente para tener relaciones sexuales, obligar a tener relaciones sexuales a través de una variedad de tácticas, forzar a tener sexo frente a otras personas, forzar a tener sexo con niños o terceras personas, forzar físicamente o lastimar sexualmente a la víctima, etc.

3. Ataques Psicológicos:

Actos violentos contra los hijos o otras personas para controlar a la pareja; amenazas de violencia contra las víctimas, otras personas, o a sí mismo; intimidación a través de ataques a las mascotas o la propiedad; gritar; acechar; controlar las actividades de las víctimas; aislar a la víctima; controlar a la víctima con su estatus migratorio; controlar el acceso de la víctima a recursos (de salud, medicinas, automóvil, amigos, escuela, trabajo, cuidado de los hijos, etc.); abuso emocional; forzar a la víctima a hacer cosas degradantes; controlar el horario de la víctima, incluyendo citas médicas, etc.

4. Presión económica.

Retener fondos, gastar el dinero de la familia, tomar la mayoría de las decisiones financieras, no contribuir económicamente al gasto familiar, controlar el acceso de la víctima a seguros de salud, etc.

5. Uso de los hijos para controlar a una víctima adulta.

Secuestrar a los hijos; abuso físico y sexual de los hijos; forzar a los hijos a participar en el abuso físico y psicológico de la víctima adulta; pleitos por la custodia; visitar a los hijos para vigilar a la víctima adulta, etc.

* desarrollado por Ganley, A. & Schechter, S., para Domestic Violence: A National Curriculum for Children's Protective Services. Family Violence Prevention Fund 1996.

RESUMEN # 4-3

PRINCIPIOS GUIA PARA MEJORAR LA RESPUESTA DE SALUD A LA VIOLENCIA DOMESTICA

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
2. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar sus propias decisiones sobre su propia vida.
3. Hacer responsables a los agresores no a las víctimas, tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios, tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

ELEMENTOS DE UNA RESPUESTA MEJORADA DE SALUD A LA VIOLENCIA DOMESTICA

1. Realizar una revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valoración de la violencia doméstica
3. Intervención con víctimas de la violencia doméstica
4. Documentación de la violencia doméstica como un problema de salud en los registros médicos.

RESUMEN #4-4

DEFINICION DE COMPETENCIA CULTURAL

LA COMPETENCIA CULTURAL SE REFIERE AL PROCESO POR EL CUAL LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

- Combinan conocimientos generales con información específica provista por la usuaria (o).
- Incorporan una conciencia de sus propias opiniones, y
- Tratan la definición de cultura con una mente reflexiva y abierta.

Reconocer que los individuos tienen diferentes perspectivas basadas en su diversidad, es el primer paso de un proceso permanente de volverse culturalmente competente.

CUANDO SE TRABAJA CON VICTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA, UNA INTERVENCION EXITOSA CULTURALMENTE COMPETENTE INCORPORA:

- Una idea clara de la definición de competencia cultural;
- La conciencia de las opiniones personales, prejuicios y conocimiento relativo a los usuarios (os) y su cultura; y
- Reconocimiento del poder profesional (como el poder distintivo entre el prestador de servicios de salud y el usuario (o)) para evitar imponer los valores personales al usuario (o) .

RESUMEN # 4-5

TIPS PARA LA DETECCION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

TIPS GENERALES:

1. Privacidad:

Realice la detección de la violencia doméstica sólo cuando tenga privacidad con la usuaria (o), alejada de familiares o amigos.

2. Tiempo:

Al igual que con otros asuntos delicados, proceda a la detección de la violencia doméstica solamente después de que haya establecido un contacto inicial con la usuaria (o).

3. Uso de intérpretes:

Si no puede conversar con fluidez en la lengua madre del usuario (o), use intérpretes profesionales o algún otro profesional de salud como traductor. La familia o los amigos del usuario (o) **no deberán ser usados como intérpretes** en asuntos relacionados con la violencia doméstica.

4. Discuta cualquier límite en la confidencialidad.

Si existen requerimientos de reporte locales para los prestadores de servicios de salud, explique cuáles son y las implicaciones del reporte.

5. Presente la detección de la violencia doméstica como algo rutinario.

Esto es algo que se le pregunta a todos los usuarios (os) debido al predominio del problema para todas las personas.

6. Sea calmado, realista e imparcial con el usuario (o) .

El estilo del enfoque de nuestra entrevista, a veces incrementa o disminuye la voluntad del usuario (o) para hablar.

7. Reúna descripciones de conducta de lo revelado en vez de la razón por la que pasó o su significado.

Por ejemplo: pregunte si la usuaria (o) ha sido abofeteada, empujada, agarrada con fuerza, amenazada, seguida, en vez de que si fue abusada o maltratada.

8. Use mas preguntas abiertas inicialmente.

Use ejemplos de conducta en el interrogatorio.

9. Use el lenguaje y vocabulario de la usuaria (o) de forma respetuosa.

Para reunir información y para poder entender su mundo.

10. El escuchar es una de las habilidades clínicas más importantes en el caso de la violencia doméstica.

A menudo es un elemento clave al usar enfoques culturalmente apropiados. El escuchar permite a la usuaria (o) definir el problema desde su perspectiva, lo cual ayuda al prestador de servicios a desarrollar la intervención.

COMENTARIOS INICIALES MUESTRA PARA LA DETECCION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

“Voy a hacerle algunas preguntas breves y rutinarias que le pregunto a los demás usuarias (os), para conocer su estado de salud. Puedo pasar de un tema a otro para que pueda comprender a grandes rasgos su situación y así podamos regresar y hablar acerca de lo que es importante para usted.”

“Me preocupa que su problema médico pueda ser el resultado de que alguien la esté lastimando. ¿Es eso lo que esta pasando?”

Relacione la pregunta con algo que la usuaria (o) haya dicho. Ejemplo:

“Usted mencionó un abuso por parte de su pareja, su temperamento y su estrés, etc. ¿Cuándo esto sucede, su pareja la ha lastimado físicamente o se ha enfrentado físicamente con usted o la ha amenazado?”

“Muchos usuarias (os) tienen problemas de salud debido a peleas con sus esposos. ¿Conoce usted a alguien que haya tenido ese problema? ¿Le ha pasado ese problema a usted? ¿Le está pasando ahora?”

PREGUNTAS MUESTRA PARA CONTINUAR LA DETECCION

“¿Ha usado alguna vez su pareja la fuerza física contra usted, su propiedad, o alguien más cuando pelea con usted?”

“¿Su pareja (familiar, etc.) la ha dañado físicamente o amenazado?”

“¿Ha sido usted empujado, agarrado con fuerza o abofeteado por su pareja? ¿Su pareja ha atacado su propiedad, mascotas u otras cosas cuando pelea con usted?”

“¿Tiene miedo de su pareja? Si es así ¿Qué es lo que hace su pareja que le produce miedo?”

“¿La ha humillado o controlado de una manera hiriente?”

¿Qué pasa sí su usuaria (o) niega la violencia doméstica?

1. Acepte la respuesta.

No todas las usuarias (os) son víctimas de violencia doméstica. Si una usuaria (o) parece incomoda por la pregunta, asegúrele que estas son preguntas de rutina que se le hacen a todo mundo debido a la incidencia del problema. Muchas usuarias (os) aprecian las preguntas de rutina acerca de su salud en general.

2. Si usted todavía está preocupado de que la violencia doméstica pueda estar ocurriendo,

Hágale saber brevemente a los usuarias (os) que usted es alguien a quien acudir si eso llegara a ser un problema para el usuaria (o) . Hágales saber donde pueden encontrar información más confidencial sobre la violencia doméstica. Entonces pase a otros temas. Las preguntas de rutina frecuentemente abren posibilidades que las víctimas de violencia doméstica usarán después.

RESUMEN # 4-6

TIPS PARA LA VALORACION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

1. Valore las necesidades inmediatas de seguridad de la víctima.

¿Está la víctima de violencia doméstica en peligro inmediato? ¿Dónde está el agresor ahora? ¿Dónde estará el agresor cuando el usuaria (o) termine con su tratamiento? ¿Quiere o necesita el usuaria (o) seguridad para que ésta sea notificada inmediatamente?

2. Valore el patrón e historial del abuso.

Valore las tácticas físicas, sexuales y psicológicas así como la coerción económica usadas por el agresor contra la usuaria (o).

“¿Por cuánto tiempo se ha llevado a cabo la violencia? ¿Su pareja la ha forzado o lastimado sexualmente? ¿Han sido lastimadas otras personas por su pareja? ¿Su pareja controla sus actividades, dinero o los hijos?”

3. Valore la relación entre la violencia doméstica y los problemas de salud de la usuaria (o).

Valore el impacto del abuso contra la víctima en su bienestar físico, psicológico y espiritual y cuál es el grado de control del agresor sobre la víctima.

“¿Ha habido otros incidentes que resultaran en heridas o problemas médicos? ¿Cómo afecta la conducta abusiva a su salud actual?”

4. Valore el acceso de la víctima a los servicios ayuda y a recursos de apoyo.

¿Existen recursos comunitarios disponibles o accesibles para la usuaria (o) ? ¿Ha intentado usarlos antes? Si es así, ¿qué pasó? ¿Qué recursos (si es que hay alguno), además de los del prestador de servicios, están disponibles ahora?

5. Valore la seguridad de la usuaria (o) : ¿existe un riesgo de muerte en el futuro o de daño considerable (mortalidad) debido a la violencia doméstica?

Pregunte sobre las tácticas del agresor: uso de armas, aumento de frecuencia o intensidad de la violencia, privación de la libertad o acoso, amenazas de homicidio o de suicidio y uso de drogas o alcohol al igual que las consecuencias en la salud de abusos pasados. Si hay hijos, pregunte sobre su seguridad física.

RESUMEN # 4-7

TIPS PARA LA INTERVENCION EN CASO DE VIOLENCIA DOMESTICA

Metas para responder efectivamente a las víctimas de violencia doméstica:

- Incrementar la seguridad de la víctima, y
- Apoyar a las víctimas para protegerse y para proteger a sus hijos al validar sus experiencias, brindar apoyo y dar información sobre recursos/opciones.
- El objetivo no es hacer que las usuarias (os) abandonen a sus agresores o “arreglar” la situación o la relación por la usuaria (o), sino brindar apoyo e información.

1. Escuche a la usuaria (o) y de mensajes de apoyo:

- “Usted no merece esto, no hay excusa para la violencia doméstica. Usted merece algo mejor.”
- “Estoy muy preocupado. Esto es muy dañino para usted (y puede ser dañino para sus hijos).”
- “Esto es complicado. A veces toma tiempo entenderlo.”
- “ Usted no está solo en esto. Pueden haber algunas opciones. Apoyaré su decisión.”
- “ A mí me importa. Me da gusto que me lo haya dicho. Quiero saber sobre la violencia doméstica para que podamos trabajar juntos y mantenerla sana y salva.”

2. Escuche y responda a asuntos de seguridad.

- a. Aliente a las víctimas a hacer planes de seguridad para cuando un agresor esté presente en el centro médico, una víctima tema dejar el centro médico, o una víctima regrese con el agresor.
- b. Vea el manual sobre planeación de la seguridad.

3. Brinde la siguiente información sobre violencia doméstica a la usuaria (o) :

- a. La violencia doméstica es un problema de salud que afecta a las usuarias (os) (y a sus hijos). La violencia puede incrementarse; el daño que resulta del abuso se incrementa con el tiempo.
- b. Detener la violencia doméstica es responsabilidad del agresor, no de la víctima.
- c. Las víctimas, con apoyo y ayuda de otras personas, pueden incrementar su propia seguridad (y la de sus hijos).
- d. Haga una lista de cualquier ayuda que este disponible: Apoyo de salud, opciones legales, servicios de apoyo comunitario, etc.

4. Haga referencias de los recursos locales.

- a. Describa la ayuda y los sistemas de apoyo dentro del centro de atención .
- b. Haga una lista de la ayuda y los servicios de apoyo dentro de la comunidad (sí los hay).

5. Pasos de seguimiento para prestadores (as) de servicio de salud:

- a. Programar citas a futuro, asegurarse de que la usuaria (o) tendrá una conexión o un contacto con un prestador de servicios, preguntar que pasó después de la última visita.
- b. Revisar los registros médicos y preguntar sobre episodios anteriores de violencia doméstica anotados en los registros médicos para así hacerle ver a la usuaria (o) que existe una preocupación y voluntad de tratar abiertamente este problema de salud.
- c. La violencia doméstica, al igual que otros problemas de salud (fumar, desnutrición, hipertensión arterial, etc.), muchas veces requiere múltiples intervenciones antes que se resuelva.

RESUMEN # 4-8

ELEMENTOS ESENCIALES DE DOCUMENTACION DE LA VIOLENCIA DOMESTICA EN LOS REGISTROS DE SALUD.

Historial

Queja principal/historial del padecimiento actual: solicite y registre detalles precisos del abuso y su relación con el problema actual. Incluya historial de traumas relevantes y la relación del abuso con cualquier síntoma médico coincidente.

Historial médico anterior/revisión de sistemas: pregunte y registre cualquier relato médico, de trauma, obstétrico o ginecológico, psiquiátrico, o de abuso de drogas, que esté relacionado con la violencia doméstica. Anote las condiciones que afectarán la seguridad del usuaria (o) o la habilidad para lidiar con el abuso.

Historial sexual: anote cualquier ataque sexual, falta de métodos de protección, ETS's (Enfermedades de Transmisión Sexual), embarazos no deseados, legrados, abortos, y uso de métodos anticonceptivos.

Historial de medicación: anote cualquier relación entre el uso y el abuso de psicotrópicos, analgésicos u otros medicamentos.

Historial social relevante: anote la relación con el agresor, convenio matrimonial, acceso del agresor a la víctima.

Al anotar lo relativo al abuso, use las propias palabras de la usuaria (o) cuando sea posible, "Juan, mi esposo me pegó en el ojo."

Examen físico

Registre detalles precisos o hallazgos relacionados con el abuso, incluyendo un examen neurológico y psicológico. Use mapas del cuerpo y fotografías para complementar las descripciones escritas. Use técnicas estándar de recolección de evidencia para lesiones agudas o ataque sexual.

Laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico

Registre los resultados de cualquier análisis de laboratorio, rayos x, o procedimientos de diagnóstico y su relación con el abuso.

Valoración de la seguridad.

Valore y registre información pertinente al riesgo de suicidio o de homicidio de la usuaria (o) y, la probabilidad de ser lastimada (o) o herida (o) seriamente. Determine si es física o psicológicamente seguro para ella el ir a casa. ¿Están seguros los hijos u otros dependientes? Valore y registre el grado de involucramiento y el nivel de miedo.

Registre las opciones discutidas y la canalización ofrecida.

Reporte policiaco

Anote si alguno fue levantado, y registre el nombre del oficial a cargo de la investigación y las acciones tomadas.

Medidas de registro para información de seguimiento/alta

RESUMEN # 4-9

EVALUACION DEL MODULO TRES

Módulo Tres: violencia doméstica: estrategias para la revisión médica, valoración, intervención y documentación de expedientes de salud.

Sus comentarios y sugerencias nos ayudarán a brindarle mejores entrenamientos en el futuro.

1) ¿Le será útil esta información en su área de responsabilidad actual?

Sí no

¿Qué fue lo más útil?

¿Qué fue lo menos útil?

2) la información presentada fue:

- demasiado complicada apropiada demasiado simple

3) el presentador fue:

- muy efectivo algo efectivo no efectivo

comentarios: _____

TRANSPARENCIAS/ACETATOS PARA EL MODULO CUATRO

TRANSPARENCIA # 4-1

TRANSPARENCIA # 4-2

Definición de Violencia Doméstica

Principios Guía para una respuesta mejorada de salud hacia la violencia doméstica

TRANSPARENCIA # 4-3

TRANSPARENCIA # 4-4

Definición de competencia cultural.

Elementos de una respuesta mejorada de salud hacia la violencia doméstica
Violencia doméstica: tips para la detección

TRANSPARENCIA # 4-5

Sesión de aplicaciones prácticas:
preguntas de explicación

TRANSPARENCIA # 4-1

DEFINICION DE VIOLENCIA DOMESTICA

La Violencia Domestica es:

- Todo acto de violencia que pueda tener como resultado,
- Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer
- Incluyendo la amenaza de los mismos y la coerción o privación de la libertad

TRANSPARENCIA # 4-2

PRINCIPIOS GUIA PARA UNA RESPUESTA MEJORADA DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA DOMESTICA

1. Incrementar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
2. Respetar la integridad y autoridad de las víctimas para tomar sus propias decisiones sobre su propia vida.
3. Hacer responsables a los agresores, no a las víctimas tanto por el abuso como de detenerlo.
4. Abogar a favor de las víctimas de violencia doméstica y sus hijos.
5. Estar decidido a hacer cambios tanto en la práctica individual como en el sistema de salud para mejorar la respuesta de salud hacia las víctimas de violencia doméstica.

TRANSPARENCIA #4-3

DEFINICION DE COMPETENCIA CULTURAL

LA COMPETENCIA CULTURAL SE REFIERE AL PROCESO POR EL CUAL LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

- Combinan conocimientos generales con información específica provista por el usuaria (o) .
- Incorporan una conciencia de sus propias opiniones, y
- Tratan la definición de cultura con una mente reflexiva y abierta.

Reconocer que los individuos tienen diferentes perspectivas basadas en su diversidad, es el primer paso de un proceso permanente de volverse culturalmente competente.

TRANSPARENCIA # 4-4

ELEMENTOS DE UNA RESPUESTA MEJORADA DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. Revisión médica de rutina para detectar la violencia doméstica.
2. Valoración de la violencia doméstica
3. Intervención con usuarias (os) que son víctimas de la violencia doméstica
4. Documentación de la violencia doméstica en los registros médicos.

TRANSPARENCIA #4-5

SESION DE APLICACIONES PRACTICAS: PREGUNTAS DE EXPLICACION

1. ¿Está experimentando este usuaria (o) violencia doméstica? ¿Qué dijo o hizo el practicante que ayudara a obtener la información para determinarlo?.
2. Si existe la violencia doméstica, ¿Qué hizo o qué dijo el practicante que ayudara en la valoración del problema?.
3. Si existe la violencia doméstica, ¿Qué hizo o qué dijo el practicante que haya respondido a la violencia doméstica?.
4. ¿De qué manera afectan al proceso las perspectivas culturales del prestador de servicios de salud y del usuaria (o) ? ¿De qué forma incluyó el practicante enfoques culturalmente apropiados para asegurar la efectividad clínica?.

MODULO CINCO: PRIMERA PARTE

VIOLENCIA DOMÉSTICA: ASPECTOS LEGALES PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

POR ARIELLA HYMAN, JD

TRADUCCIÓN: GRACIELA FREYERMUTH

TIEMPO ESTIMADO PARA LA PARTE UNO: 60 A 75 MINUTOS

OBJETIVOS Y METAS

1. Aportar el conocimiento de las opciones legales disponibles en relación con las víctimas de violencia doméstica, para que los prestadores de servicios de salud puedan discutir estos aspectos con las pacientes y facilitar el acceso a recursos que pueden potencialmente salvar sus vidas.
2. Revisar los requerimientos y las consideraciones legales que deben considerarse en el cuidado de las víctimas de la violencia doméstica por parte de los proveedores de salud y de las instituciones que implican una buena práctica y manejo de los riesgos.

¿QUIÉNES DEBEN IMPARTIR ESTE MÓDULO?

La parte uno debe ser pensada o diseñada por un abogado o un coadyuvante de las víctimas de violencia doméstica que esté familiarizado con las leyes y los recursos disponibles localmente. Se puede contactar a una organización con experiencia en violencia doméstica, una colaboración estatal de violencia doméstica, o a organizaciones de ayuda de aspectos legales para encontrar a alguien que dé el acompañamiento, el apoyo, o represente a las víctimas de violencia doméstica en las cortes y /o supervise el curso de los aspectos legales de estas mujeres.

IDEAS PARA EL TALLER.

1. Formato de este capítulo (son las mismas que en el resto)
2. Lecturas específicas. Es importante que el experto de esta sesión haya leído todos los contenidos del resto de los módulos y si es posible, que haya tenido el entrenamiento previo.
3. Una tendencia común de aquellos que enseñan este módulo es el de ahondar en muchos detalles acerca de las leyes y las condiciones legales. No hay que perder de vista que los participantes son proveedores de servicios de salud, no son abogados. El objetivo es dar a los participantes un panorama general de la importancia de los aspectos legales de una manera sencilla. Tratar de evitar detalles y de usar lenguaje muy técnico legal, y más bien, concentrarse en enfatizar de manera efectiva y revisar los puntos principales que quieres que los proveedores de servicios de salud recuerden

4. A partir de la expedición de la norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Que establece como obligatorio el que los proveedores de servicios de salud reporten a las autoridades cuando una paciente tiene lesiones relacionadas a violencia doméstica, los participantes tendrán muchas preguntas acerca de esto. Es importante que trates de enfocar la discusión y de manera amable evitar que se disperse la atención hacia otra información.
5. Los prestadores de servicios necesitan entender que su papel es más que reportar. Es proveer apoyo, e informar a las pacientes sobre otras opciones, apoyarla para que defina una u otra opción. **El reporte legal es una partecita de una serie de intervenciones.**
6. Los capacitadores deben elaborar y distribuir resúmenes de apoyo durante las presentaciones así como materiales de apoyo. Una lista de recursos disponibles para el apoyo de violencia doméstica (incluyendo los recursos legales) y la información acerca de cómo llamar a la policía, ver el ejemplo 5-1 5-2 y 5-3 y readaptarlos a tus comunidades, a las leyes locales y a la práctica local. Un experto legal puede presentar la parte uno del módulo 5, y un experto sobre violencia doméstica presenta la parte 2, éste debe estar familiarizado con el tema. En este módulo se dispone de materiales de apoyo específicos, también hay que consultar el apéndice F del manual de fuentes para las muestras de las formas. Sin embargo, estas formas deben ser readaptadas a los contextos locales.
7. Para el desarrollo de la parte uno, se utiliza por lo menos 70 minutos y para la parte dos, de 15 a 30 minutos.
8. Ambas partes del módulo 5 utilizan 90 minutos. Si quieres tomar más tiempo en la sección legal, puedes dejar la parte dos en 15 minutos y la primera en 75 ó utilizar 30 y 60 respectivamente.

PRIMERA PARTE

Violencia Doméstica. Aspectos legales para proveedores de servicios de salud.

I.- INTRODUCCIÓN

Este taller cubre los siguientes aspectos:

- A. El conocimiento de las opciones legales disponibles en relación con las víctimas de violencia doméstica, para que los prestadores de servicios de salud puedan discutir estos aspectos con las pacientes y facilitar el acceso a recursos que pueden potencialmente salvar sus vidas.
- B. Los aspectos y las consideraciones legales que deben observarse en el cuidado de las víctimas de la violencia doméstica por parte de los proveedores de salud y de las instituciones que implican una buena práctica y manejo de los riesgos.

II.- ALTERNATIVAS LEGALES PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA (35-40 minutos)

A.- Intervenciones de justicia criminal

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Proyectar transparencia #5.1 de

Intervenciones en relación con la justicia criminal.

1. La experiencia de los pacientes de violencia doméstica es parecida a las víctimas de un crimen

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Da un ejemplo de crímenes en el estado , tales como asalto, acechar, amenazar, violar, destrucción de propiedad, violación a la residencia, raptó o específicamente violencia doméstica o abuso marital.

2. Las pacientes tienen la opción de llamar a la ley

- a) Informa a las o los pacientes que ellos pueden ser víctimas de un crimen y que deben considerar la posibilidad de llamar a la policía
- b) Debe uno considerar que pueden haber varias razones para que el paciente no pueda considerar ésta una opción adecuada, por ejemplo:
 - ▶ La víctima puede haber tenido una experiencia anteriormente negativa con la policía.
 - ▶ El maltratador puede ser un oficial de policía
 - ▶ Especialmente si la víctima es una persona indígena, puede desconfiar de la ley y no quiere ver como se transforma el maltrato en una respuesta de un sistema racista
 - ▶ La víctima no quiere ver al victimario en la cárcel porque éste puede ser la principal fuente de ingresos de la familia.

3. Cuando parece que la opción es llamar a la policía

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Revisa las leyes más relevantes, las políticas y las prácticas, que incluye lo siguiente:

- a) ¿Qué pasa en la práctica cuando la policía es solicitada?
¿Cuáles son los pasos que hay que dar? ¿Qué debe hacer la víctima para que al caso se le de seguimiento?
- b) ¿Cuáles son las leyes de arresto relacionadas con la violencia doméstica?
- c) Si el victimario es arrestado, ¿qué tan pronto puede salir de la cárcel?
- d) ¿Cuándo se da seguimiento al perseguidor, aún sin la participación de la víctima?

4. Los derechos de las víctimas cuando llaman a la policía

Debe la víctima estar informada de su papel y sus derechos en el sistema de justicia lo mejor que ella pueda.

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Se debe ejemplificar los derechos de las víctimas en el estado. ¿Tienen ellas el derecho de demandar una copia del reporte de la policía? ¿Existe el derecho para que se haga un arresto en forma privada? ¿Tienen el derecho de pedir a la policía que momentáneamente pare el arresto hasta que la víctima se encuentre en un lugar segura?

5. Protección potencial de las víctimas en el sistema de la justicia criminal.

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Brevemente menciona los recursos disponibles en el estado, tales como albergues, notificación a la víctima después de que el victimario sale de la cárcel, asistencia a testigos, etcétera.



EJEM: Unidad Juridico Social de San Cristóbal de las Casas Lic. Jaime Gómez Díaz

Consideraciones de seguridad

La violencia se incrementa a menudo cuando la víctima trata de separarse o de buscar ayuda. Cuando llama a la policía, el paciente debe tomar precauciones para su seguridad, por ejemplo:

- Si el victimario es arrestado, puede ser dejado libre en un corto tiempo. La paciente debe utilizar ese periodo de arresto para sacar a sus hijos y buscar un lugar seguro en donde permanecer, así como buscar apoyo legal.

Las pacientes pueden creer razonablemente que ellas estarán en riesgo cuando buscan ayuda de la policía y no se aseguran de tener una adecuada protección. Respeta la decisión de la paciente y evalúa la seguridad.

6. Seguimiento en el apoyo, al interior del sistema de justicia

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR:** Desarrolla y refiere a los participantes el material de apoyo 5.1 y 5.2 acerca de los recursos de la comunidad, y reconoce a las organizaciones que pueden proporcionar asistencia en los

procesos legales. Además desarrolla y refiere a los participantes en el material 5-3 que es la hoja informativa de proveedores que pueden dar apoyo a los pacientes en sus derechos y durante el proceso si llaman a la policía. Ve los ejemplos del material 5.1 y 5.2 y 5.3 para desarrollar materiales similares adecuados a las necesidades locales.

Alienta a las pacientes que quieren intervención legal para que se contacten con un programa de violencia doméstica. Los abogados pueden dar información importante y apoyo durante todo el proceso.

B.- Protección Civil

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR: Proyecta la transparencia 5.2 (ve el ejemplo, para conocer como trabajar esta transparencia) Informa a los pacientes que también pueden tener la opción de obtener protección civil y explica de qué manera la pueden obtener en su comunidad**

1. Qué es la orden de protección. (Sentencias o apercibimientos del juez)

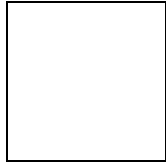
a) *Tipos de opciones disponibles*

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR: Enlista los tipos de alternativas de apoyo disponibles en tu estado que puedan proporcionar protección. Estas deben incluir aquellas que puedan refrenar al victimario de la violencia adicional, evitando que el victimario regrese a casa, ordenando al perpetrador que se quede fuera del contacto de la víctima, custodia para los niños, consejos al victimario, prohibiendo al perpetrador que porte armas.**

b) *Cuáles relaciones se cubren*

➡ **NOTA PARA EL CAPACITADOR: Explica cuál es el orden en que debe ser elegida la protección en el estado. Por ejemplo, solamente se da en parejas formalmente casadas, o se da en cualquier tipo de parejas y en los miembros de una casa, incluyendo a aquellos que son parejas del mismo sexo.**

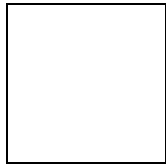
c) *Duración de la orden de protección*



NOTA PARA EL CAPACITADOR: **Darse cuenta del tiempo que cubren estas órdenes.**

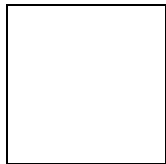
2. Cómo se obtiene una orden de protección (sentencia o apercibimiento)

a) *Abogados disponibles o asistencia legal*



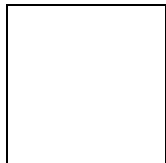
NOTA PARA EL CAPACITADOR: **Refiere a los participantes en el material 5.1 y revisa las organizaciones locales que realicen estos trámites. Explica a los participantes que existen otros recursos en la comunidad que serán discutidos en la parte dos de este módulo**

b) *Procesos legales para obtener sentencias o apercibimiento*



NOTA PARA EL CAPACITADOR: **Brevemente, en dos oraciones describe el proceso que te permite obtener esta orden.**

3. De qué manera estas sentencias o apercibimientos son impuestos

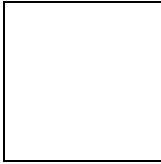


NOTA PARA EL CAPACITADOR: **Describe cuáles son las penalidades cuando se viola una sentencia.**

Las pacientes pueden llamar a la policía para reportar la violación de una sentencia. El proveedor de salud puede sugerir al paciente que traiga consigo esta sentencia todo el tiempo.

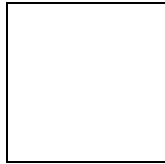
Dar copias a sus empleadores, a las instancias de seguridad de su trabajo, a la escuela de los niños y otros lugares que frecuentemente visite.

4. Ordenes de protección temporal o de emergencia.



NOTAS PARA EL CAPACITADOR: Explica en qué consisten estas ordenes y si existen en tu localidad. También señala si se pueden obtener llamando a la policía o al ministerio desde el hospital en un caso de emergencia.

C.- Custodia de los hijos y visitas



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Puede utilizar la transparencia 5.3

1. *Las sentencias delimitan claramente la custodia y los arreglos para las visitas de los hijos, éstas pueden ser un punto crítico de seguridad para la mujer y los hijos.*

Los abusadores a menudo usan a los hijos para tener el control sobre sus parejas. Si la paciente tiene hijos con su victimario, sugiérele que busque apoyo legal para la custodia y las visitas. Da a las paciente la lista de recursos disponibles en la comunidad (material 5.1) y refiérales a aquellas instancias en que puedan obtener asistencia sobre pensiones alimenticias, custodia, divorcio y cuestiones legales.

2. *Las órdenes de visitas pueden ser redactadas de tal manera que aseguren la seguridad de la víctima*

- Por ejemplo, las órdenes pueden especificar una visita supervisada, transfiriendo al niño con terceras personas de tal manera que no exista contacto entre la víctima y el victimario, o señalar otras medidas de seguridad.

D.- Divorcio y acciones de apoyo

La legislación sobre pensiones alimenticias, o relacionadas con la distribución de bienes o con las obligaciones de los padres a los hijos, pueden ser de gran ayuda para soportar financieramente una separación. Proporciona una lista de las organizaciones que incluyan esa asistencia.

F.- Ejercicio resumen

A



Opción A

Da a los participantes el siguiente escenario: Tienes 5 minutos para decirle a una mujer golpeada acerca de sus opciones legales. ¿Cuáles serían los 3-5 puntos que le darías? Después de que te respondan, refiere los siguientes puntos como un modelo de respuesta

1. ¿Qué pasa cuando ocurre un crimen?. ¿Llamas a la policía?

Continúa.....

A continuación:

Continuación de la opción A...

2. Considera tus derechos y la seguridad cuando llamen a la policía. Busca asistencia legal a través de todo el proceso y busca la información acerca de cómo y cuando llamar a la policía
3. Puedes pedir un apercibimiento que te permiten advertir a tu conyuge o quien te maltrata que de volver a hacerlo será castigado conforme a la ley de violencia intrafamiliar ; la cita para el procedimiento de conciliación y apercibimiento la realizan en los municipios la Unidad Jurídica Municipal, y los Centro de Justicia Familiar del Instituto de Desarrollo Humano
4. Una paciente con niños. Puedes llamar a una fuente legal para información sobre custodia y visitas. Para que el victimario no utilice las visitas con los niños como una manera de ponerte en riesgo.(Jugador Civil ¿?)

Opción B

Juego de roles en relación con la violencia doméstica y las opciones legales.

Si el grupo es pequeño, puedes hacer un juego en donde haya una mujer maltratada y un proveedor de servicios de salud.

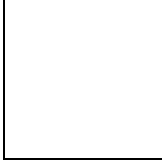
Alternativamente puedes poner en parejas, en donde uno sea víctima y otro proveedor, dales el siguiente escenario:

Tu paciente ha sido golpeada por su esposo la noche anterior. El la amenaza con el hecho de que si ella lo abandona con sus hijos, él se va a matar. Ella planea ir a un albergue con sus hijos lo antes posible, pero está temerosa de que su marido cumpla con suicidarse. Háblale de sus opciones legales en solamente cinco minutos.

Termina con una discusión y una revisión el tema

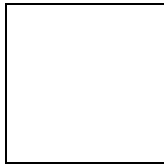
G.- Preguntas y respuestas

III.- OTRAS CONSIDERACIONES LEGALES PARA LOS PROVEEDORES DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES (25 A 30 MINUTOS)



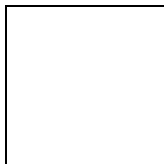
NOTAS PARA EL ENTRENADOR: Revisa las siguientes consideraciones legales, pero no tardes más de 2 ó 3 minutos en las secciones A-C que a continuación se presentan. Proyecta las transparencias 5-4 si se aplican (ve el ejemplo)

A.- Requerimientos en el protocolo de Violencia Doméstica



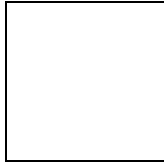
NOTA PARA EL CAPACITADOR: Refiere a los participantes al resumen 5-4

La Norma Oficial mexicana NOM 190-SSA-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Establece los criterios para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de usuarias víctimas de violencia. (6.4--6.18) Decreto No.297 Por el que se expide La Ley De Prevención, Asistencia Y Atención De La Violencia Intrafamiliar.



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Solamente algunas leyes del estado señalan la necesidad de instalaciones para desarrollar y poner en marcha los protocolos sobre violencia doméstica. Si tu estado tiene estas leyes, explícalas o proporciona una copia o un resumen de la ley. Adicionalmente señala que hay una alta correlación entre violencia doméstica y asalto sexual o rapto, los participantes también querrán conocer las leyes y los protocolos que tratan de violación y asalto sexual.

B.- Requerimientos en educación en relación a la violencia Doméstica

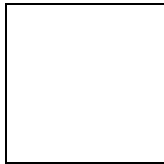


NOTA PARA EL CAPACITADOR: Refiere a los participantes al

resumen 5.4

(Revisar)

1. Leyes estatales que incluyen la educación en torno a la violencia doméstica.
Norma Oficial. Mexicana NOM 190-SSA-1999 Prestación de servicios de salud.
Criterios para la atención médica de violencia familiar. Apartados para la sensibilización ,capacitación y Actualización (6.19 ---6.22



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Solamente algunas leyes de algunos estados contemplan a la educación en salud , instalaciones o escuelas profesionalizadas. Si tu estado o país cuenta con esos recursos o leyes explícalas y proporciona una copia o resumen de la ley. Señala también las leyes en ese sentido en torno a violación y asalto sexual. La NOM-SSA 190-1999

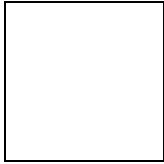
C.- Practicando un buen manejo del riesgo

Lo que se requiere hacer ya sea con o sin leyes, es que en las instalaciones de cuidado a la salud, se desarrollen y pongan en marcha protocolos relacionados con la violencia doméstica y estándares de educación. Los proveedores que preguntan acerca de la violencia doméstica, que ayudan a las pacientes golpeadas a realizar una evaluación sobre su seguridad, que aconsejan a las pacientes en relación con las opciones, que documentan el abuso y proveen una apropiada referencia, la están realizando, no solamente desarrollan un cuidado critico, sino que están haciendo un buen manejo del riesgo. Esto ha incrementado los casos estandarizados para proveer y mejorar el cuidado en esta área.

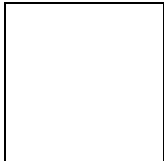
D.- Documentando el Abuso



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Estos materiales han sido discutidos en el módulo 3 sobre las estrategias. Una breve revisión se da aquí desde la perspectiva legal, refiere a los participantes al resumen 5.4 NOM 190SSA-1999apartado 6.6—6.7—6.8.



1. Porqué la documentación es importante. Es necesario la documentación en los registros médicos a medida que se proporciona cuidado a la paciente.
 - a. La documentación puede ser utilizada en un caso legal. A menudo no hay testigos de la violencia que se ejerce a una víctima y estos registros pueden ser la única evidencia, para el uso de una persecución criminal, en las custodias . Aún cuando los pacientes no quieran denunciar el caso durante la consulta, ellos quizá lo puedan considerar después, y la documentación o el registro pueden convertirse en pruebas invaluableles.
 - b. Para los agentes de salud, la documentación puede servirle de prueba para demostrar que ha dado un cuidado apropiado.
2. Consejos importantes

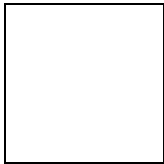


NOTA PARA EL CAPACITADOR: Proyecta la transparencia 5.5. documentación del abuso.

- a. La descripción documentada de los incidentes violentos y de las lesiones resaltantes, el día y el lugar del incidente, el nombre y la relación con el abusador.
- b. Usa las palabras del paciente en los posibles, por ejemplo:
 - Mi novio me pegó en el ojo, en lugar de que: el paciente sostiene que le golpearon en la orbita derecha.
- c. Describe la historia y el patrón de abuso sexual, físico o psicológico.
- d. Ofrécele tomar una fotografía, obtén el consentimiento y usa una película de color (preferiblemente polaroid para que ahí puedas incluirla en el expediente). Marca la foto con el nombre de la paciente, sus datos y el día, la hora y el nombre de quien tomo la fotografía.
- e. Dibuja las lesiones en un mapa corporal.
- f. Escribe con letra clara, es menos probable que te llamen a testificar si el documento que se presenta está claramente escrito.
- g. Escribe una opinión que corrobora el abuso por ejemplo:
 - El trauma es consistente con un golpe ocasionado por la espalda, con un bat de beisball.
- h. Guarda otras evidencias, tales como ropa manchada o rota.

- i. Sigue los protocolos de manera apropiada para evidenciar pruebas y exámenes forenses, en caso en el que la paciente además de ser golpeada haya sido víctima de asalto sexual o violación.
- j. Qué debes evitar: Si no registras con cuidado la documentación, puede ser malinterpretada o usada inapropiadamente contra la paciente en un caso legal. Trata de no incluir aspectos relacionados al diagnóstico de salud mental, sin indicar que puede ser resultado del impacto del abuso sufrido por la condición de la paciente. Detalles excesivos pueden ser conflictivos con el reporte de la policía, así como información extraña tal como: *Sí fue mi culpa, él me pego porque.....* éstas debe ser evitadas.

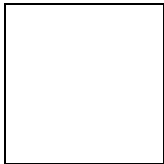
E.- Informa sobre el requerimiento de leyes a los proveedores de servicios de salud



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Refiere a los participantes al capítulo 2 sección X y apéndice N, del manual de recursos.

1. Leyes estatales

Las leyes estatales varían. Solamente algunos estados tienen leyes específicas para violencia doméstica. Otras requieren reportes de lesiones con armas, o de lesiones debido a los actos criminales, actos de violencia o no accidentales. Estas leyes pueden ser aplicadas en algunos casos de violencia doméstica



NOTA PARA EL CAPACITADOR: Si en tu estado hay algunas leyes relevantes, puedes añadirlas en las siguientes preguntas, si se aplica y elabora un resumen o una transparencia (sigue el ejemplo de la transparencia 5.6) con un resumen de la ley. Considera la inclusión de la siguiente información, si tu realizas un resumen o haces una transparencia con la información local

- a) ¿Qué debe ser reportado?
- b) ¿Quién está obligado a reportar?
- c) ¿Cuál es el nivel de sospecha que se requiere para hacer un reporte?
- d) ¿Hay penalidades cuando hay fallas en lo reportado?
- e) ¿Hay inmunidad de las responsabilidades otorgada por realizar un buen reporte?
- f) ¿Quién recibe el reporte y tiene que ser requerido para hacer algo?
- g) ¿Hay posibilidades de confidencialidad en los reportes

2. Ramificaciones potenciales en los reportes obligatorios.

Las metas de reportar algo obligatoriamente permite...

FOLLETOS PARA EL MODULO 5: PARTE 1 Y PARTE 2.

FOLLETO DE

MUESTRA # 5-1 Lista de recursos legales y comunitarios.
(Para ser creados por los instructores,
instrucciones incluidas).

FOLLETO DE

MUESTRA # 5-2 Otros servicios sociales disponibles
(Para ser preparados por el instructor
instrucciones incluidas).

FOLLETO DE

MUESTRA # 5-3 Hoja de información: derechos y
Procedimientos al llamar a la
Policía. (Para ser preparado por
El instructor, muestra incluida).

FOLLETO # 5-4 Resumen de Norma oficial Mexicana Nom190-SSA1-

FOLLETO # 5-5 Elementos esenciales para la documentación
De la violencia doméstica en registros médicos.

FOLLETO # 5-6 Forma de evaluación para el modulo 2.

OTRO FOLLETOS PROPORCIONADOS POR LOS INSTRUCTORES.

- Resumen o copias de leyes aplicables. Por ejemplo: (protocolos, reportes y demás.)

FOLLETO DE MUESTRA NUMERO 5-1

LISTA DE RECURSOS LEGALES Y COMUNITARIOS. (PARA SER PROPORCIONADO POR EL INSTRUCTOR.)

Prepare una lista de información acerca de los recursos comunitarios disponibles en el área para las víctimas de violencia doméstica y los perpetradores. Por cada agencia o servicio en su lista, incluya el nombre de la agencia, el numero telefónico, la dirección, el horario de trabajo, un resumen de los servicios ofrecidos (incluyendo una descripción de los servicios para clientes con discapacidades, servicios multilingües y/o

multiculturales, programas para situaciones de violencia domestica de el mismo sexo, etc.)

ESTA LISTA DEBERA INCLUIR LO SIGUIENTE:

- a.- Servicios telefónicos de atención a crisis: línea nacional de atención a la violencia (1-800) y otros números locales.
- b.- Albergues temporales y alojamiento temporal.
- c.- Grupos de apoyo de albergues.
- d.- Servicios de ayuda para mujeres maltratadas, tales como: abogados, manejo de casos, cuidado a los niños y servicios de transportación.
- e.- Servicios legales para las víctimas
- f.- Asesoría individual.
- g.- Programas de intervención para agresores
- h.- Servicios para grupos culturales o demográficos específicos, tales como: grupos étnicos, homosexuales y lesbianas, inmigrantes, grupos monolingües, adolescentes, etc.

FOLLETO DE MUESTRA # 5-2

OTROS SERVICIOS SOCIALES DISPONIBLES

(PARA SER PROPORCIONADO POR EL INSTRUCTOR)

Prepare una lista de información acerca de agencias contra la violencia doméstica y otras agencias locales que ofrezcan programas de servicios no específicamente relacionados con la violencia doméstica. Por cada agencia o servicio en su lista, incluya el nombre de la agencia, número telefónico, dirección, horas de funcionamiento, resumen de servicios ofrecidos.

ESTA LISTA DEBERA INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Asistencia de alojamiento.
- Abogados/manejo de caso.
- Servicios de capacitación y colocación en empleos.
- Cuidado y servicios relacionados con los niños
- Servicios en caso de ataque sexual.
- Servicios de transportación.
- Grupos de apoyo para homosexuales, lesbianas, y grupos de bisexuales.
- Programas de asistencia en caso de abuso de drogas.
- Servicios migratorios.
- Servicios de nutrición.

FOLLETO DE MUESTRA NUMERO 5-3

HOJA DE INFORMACION:

DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS AL LLAMAR A LA POLICÍA.

LLAMANDO A LA POLICÍA.

RECURSOS LOCALES.

Cuando alguien le haya herido, o violado alguna garantía o alguna orden de restricción, haga lo siguiente:

1.- Llame a la policía en caso de emergencia a través del 911. Dígales que esta en peligro y necesita ayuda inmediatamente. Hágalos saber si posee una orden judicial que diga que el perpetrador debe estar alejado de usted y no dañarle. Si la policía no llega rápido, llame de nuevo y diga "ESTA ES MI SEGUNDA LLAMADA", tome nota del tiempo y la fecha de su llamada.

2.- Cuando la policía llegue, dígame solamente lo que el agresor hizo muestre a la policía sus heridas, como fue herido, como el perpetrador violó la orden de restricción, y si el perpetrador uso armas. Si el causante ha violado una orden de restricción, muéstrele a la policía su orden y cualquier prueba del servicio (el documento que está firmado por la persona quien le dio la orden de restricción al perpetrador), pídale a la policía que llene un reporte y que le de un numero del mismo.

Una víctima de un crimen no está obligada a dar información adicional, como por ejemplo su situación migratoria. Si el inglés es su 2^{da}. Lengua, insista en un interprete que no sea un miembro de la familia. Si la policía le demanda que diga su situación migratoria, pida hablar con un abogado de migración. Si tiene preguntas relacionadas a su situación migratoria o necesita ayuda para encontrar un abogado, contacte a la línea de ayuda nacional en caso de violencia familiar 1-800-799-7233 (la llamada es gratis. Hay intérpretes disponibles las 24 horas del día.

3.- insista en que la policía haga un arresto, esto le dará tiempo para llegar a un lugar seguro. En algunos estados, la policía deberá hacer un arresto si tienen una causa probable para creer que un incidente de violencia domestica ha ocurrido. Si tu estado no tiene una ley similar, podrás hacer un arresto ciudadano. Dígale a los oficiales que a menos que hagan un arresto o le permitan realizar un arresto ciudadano, el perpetrador regresará y le golpeará. En algunos estados el perpetrador será puesto en libertad después de algunas horas de haber sido arrestado y puesto en custodia. Usted querrá usar las horas para llegar a un lugar seguro.

4. - usted deberá obtener una orden civil de protección si todavía no tiene una. En muchos estados, el agente de policía puede obtener una orden de protección temporal para usted hasta que pueda obtener una de un juez, la cual será por más tiempo. Si las ordenes de protección de emergencia no se encuentran disponibles en su área, puede ir a la corte a solicitar una orden de protección. Los apercibimientos pueden:

- 1) indicar al agresor que se aleje de usted y no lo dañe, amenace o contacte, 2) , le ordena al perpetrador no repetir la agresión so pena de ser castigado por la vía jurídica y puede solicitarse en la Unidad Jurídica Social de la Presidencia Municipal .Cambiar toda esta árte.
- 2) 5.- si el perpetrador es arrestado, y llevado a la estación de policía, esto es lo que puede suceder: el perpetrador puede ser acusado y dejado en libertad antes de la audiencia. Pida que una de las condiciones para que dejar en libertad al perpetrador sea que el perpetrador no pueda acercarse a usted.

6.- Si el perpetrador no es arrestado, usted deberá llamar al jefe del, departamento de policía, a la oficina del subprocurador de justicia de su región , o a La Procuraduría De La Defensa del Menor y La Familia del Instituto de Desarrollo Humano familiar y preguntar acerca de los procedimientos para levantar una queja.

7.- Siempre obtenga el nombre de los oficiales de policía y sus números de placa. Si usted tiene problemas con un oficial de policía, usted puede quejarse directamente con

el jefe de policía o con el supervisor del oficial, o con el programa local contra la violencia doméstica.

INSTRUCCIONES DE SALIDA

SI USTED ESTA SIENDO ABUSADO...

¿Está usted aquí como resultado de que alguien lo esté golpeando o amenazando- su esposo, novio, amante, o familiar o alguien que conozca?

¿Ha sido sexualmente abusado por alguien que conozca?

Al leer esto, usted puede sentirse confundido, asustado, triste, enojado o avergonzado.

¡USTED NO ESTA SOLO! Desafortunadamente, lo que le sucedió es muy común. La violencia doméstica no desaparece por sí misma. Tiende a empeorar y a ser más frecuente con el tiempo. HAY PERSONAS QUE PUEDEN AYUDARLE.

Si usted quiere empezar a hablar acerca del problema, necesita un lugar seguro o asesoría legal- llame hoy a una de las agencias anotadas al reverso de esta hoja de instrucciones.

MIENTRAS USTED ESTA TODAVIA EN LA CLINICA...

- Piense si es seguro regresar a casa. Si no, llame a una de las opciones anotadas al reverso de esta hoja de instrucciones o quédese con un familiar o amigo.
- Usted ha recibido instrucciones sobre el cuidado para sus heridas y para tomar cualquier medicamento prescrito. Recuerde, si usted ha recibido algún calmante, pueden ayudar a que descanse pero no resolverán el problema de maltrato.
- El maltrato es un crimen y usted tiene derecho a intervención legal. Usted debe considerar llamar a la policía por ayuda (ver información al reverso de esta hoja). Usted también puede obtener una orden de restricción que le prohíba a su pareja establecer contacto con usted en cualquier forma (incluso de manera telefónica). Contacte un programa local contra la violencia doméstica o a un abogado para más información.
- Pídale al doctor o a la enfermera que tome fotos de sus heridas para que sean parte de su registro médico.

CUANDO LLEGUE A CASA ...

- Elabore un plan de salida anticipadamente para usted y sus hijos. Conozca exactamente a donde puede ir aún a mitad de la noche, y como llegar ahí.
 - Empaque una bolsa de urgencia en caso de que tenga que salir con prisa. Escóndala o déselo a guardar a algún amigo.
1. Empaque artículos de baño, medicamentos, un juego extra de llaves de su casa y del auto, un juego extra de ropa para usted y para sus hijos y un juguete especial para cada uno de ellos.
 2. Tenga escondidos o con una amiga un poco de efectivo extra, cambio para llamar por teléfono, y registro de su cuenta de ahorros.
 3. Empaque papeles importantes y registros financieros(original y copia): seguro social, actas de nacimiento, pasaporte, permiso laboral y cualquier documento que considere importante, credencial de elector, tarjeta y registro médicos, licencia de manejo, recibos de arrendamiento..

- Recuerde, si siente que su seguridad esta en peligro, salga de ahí aún si no ha tenido oportunidad de planear lo antes mencionado.

FOLLETO # 5-4

NOM 190-SSA -1999 .Prestación de servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

PE.1.8

Las víctimas de abuso o abandono pueden llegar a un hospital a través de una variedad de canales. Los pacientes pueden tener incapacidad o renuencia a hablar de el abuso, y puede no ser obvio al observador casual. Sin embargo, el personal del hospital necesita saber si un paciente ha sido abusado, así como la magnitud y las circunstancias del abuso, para dar al paciente un cuidado apropiado.

El hospital tiene criterios objetivos para identificar y asesorar a las posibles víctimas de abuso y abandono, y son usado en la organización. El personal tiene que ser entrenado en el uso de estos criterios.

Los criterios se enfocan en evidencia observable y no solamente en alegatos. Tratan al menos las siguientes situaciones:

A.- Ataque físico.

B.- Violación u otro delito.

C.- Abuso doméstico; y

D.- Abuso o abandono a ancianos y niños.

Cuando se usan apropiadamente por personal calificado, los criterios previenen cualquier acción o preguntas que puedan crear memorias falsas de abuso en el individuo que está siendo asesorado. Los miembros del personal pueden hacer canalizaciones apropiadas a las víctimas de abuso y abandono. Para ayudarles a hacer esto, el hospital mantiene una lista de agencias comunitarias privadas y publicas que brindan ayuda a las víctimas de abuso.

Aparte, el asesoramiento de las víctimas de posible abuso o abandono es conducido de acuerdo con la regla PE.6 de este capítulo.

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACION DE LA PE 1.8

1.- El personal cuestiona sobre si ha ocurrido un abuso en caso de que la historia relatada por el paciente sobre sus heridas no correspondan a las heridas actuales. Por ejemplo: las radiografías muestran un hueso inexplicablemente roto. Los hallazgos físicos son comparados con los procedimientos aprobados del hospital conteniendo criterios que definan evidencia objetiva de posible abuso o abandono.

2.- El personal observa la conducta de aquellas personas que traen un niño a la sala de emergencia (por ejemplo: ¿el niño se aferra a uno de los padres y evita al otro?) el personal le pregunta al niño de una manera no amenazante, busca moretones en el cuerpo y escucha las explicaciones para ver si existe un balance entre la evidencia física y la historia.

PE.18

Los pacientes que son víctimas de posible abuso o abandono tienen necesidades especiales relativas al proceso de asesoramiento. Intención de la PE.8 como parte del proceso inicial de revisión médica y asesoramiento , la información y los materiales de evidencia pueden ser reunidos para que puedan ser usados

como parte de un proceso legal. El hospital tiene responsabilidades específicas y únicas para salvaguardar dicho materiales.

Las políticas y los procedimientos definen la responsabilidad del hospital de recolectar, retener y salvaguardar información. Lo siguiente se anota en el registro médico del paciente:

- Consentimiento de el paciente, los padres o el representante legal, o el cumplimiento de otras leyes aplicables.
- Recolectar y salvaguardar evidencia proporcionada por el paciente;
- Notificaciones legalmente requeridas y otorgamiento de información a las autoridades y
- Canalizaciones hechas por agencias públicas o privadas para víctimas de abuso.

Las políticas del hospital definen estas actividades y especifican quien es responsable de llevarlas a cabo.

FOLLETO# 5-5

ELEMENTOS ESENCIALES DE DOCUMENTACION DE VIOLENCIA DOMESTICA EN REGISTROS MEDICOS.

HISTORIA

- **Queja principal/historia del padecimiento actual:** solicite y registre detalles precisos del abuso y su relación con el problema actual. Incluya historial relevante de trauma y la relación de abuso con cualquier síntoma medico concurrente.
- **Historial medico anterior/revisión de sistemas:** pregunte y registre cualquier historia medica, de trauma, obstétrica o ginecológica, siquiátrica, o de abuso de drogas que estén relacionadas a la violencia domestica. Documente condiciones que pudieran afectar la seguridad de el paciente o la habilidad de lidiar con el abuso.
- **Historial sexual:** documente cualquier ataque sexual, falta de protección, STD's, embarazos no planeados, abortos, legrados y oportunidad para utilizar métodos anticonceptivos.
- **Historial de medicación:** documente cualquier relación entre el abuso y el uso de medicamentos psicotrópicos, analgésicos o otras medicinas.
- **Historial social relevante:** documente la relación con el abusador, arreglos de vida, acceso del abusador a la victima.
- **Al registrar el abuso, cuando sea posible, use las propias palabras de el paciente ("Jaime mi esposo me pegó en un ojo")**

EXAMINACION FISICA

- **Registre detalles precisos de hallazgos relacionados al abuso, incluyendo un examen del estado neurológico y mental. Use un mapa del cuerpo y fotografías para complementar descripciones escritas. Use técnicas estandarizadas de recolección de evidencia para heridas agudas o ataque sexual.**

LABORATORIO Y OTROS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

Registre los resultados de cualquier examen de laboratorio, rayos x, o procedimientos de diagnósticos y su relación con el abuso.

VALORACION DE LA SEGURIDAD

Valore y registre información pertinente al riesgo de suicidio o de homicidio del paciente, y la posibilidad de ser seriamente dañado o herido. Determine si es física o psicológicamente seguro para el paciente regresar a casa. ¿Están los hijos u otro dependiente seguros? Valore el grado de ostracismo y el nivel de miedo y regístrelo.

OPCIONES DE REGISTRO DISCUTIDAS Y CANALIZACION OFRECIDA.

REPORTE POLICÍACO.

Anote si alguno fue archivado, y registre el nombre del oficial investigador y la acción tomada.

ARREGLOS PARA REGISTRO DE LA INFORMACION DE. SEGUIMIENTO/ ALTA

FOLLETO # 5-6

EVALUACION DEL MODULO 5

MODULO CINCO: VIOLENCIA DOMESTICA: ASUNTOS LEGALES PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS COMUNITARIOS DISPONIBLES PARA LAS VICTIMAS Y LOS PERPETRADORES DE VIOLENCIA DOMESTICA.

Sus comentarios y sugerencias nos ayudaran a brindarle mejores entrenamientos en el futuro.

1.- ¿le será de utilidad esta información en su área actual de responsabilidad?

si no

¿Qué fue lo más útil?

.

¿Qué fue lo menos útil?

2.- La información presentada fue:

demasiado apropiada demasiado
compleja simple

3.- El presentador fue:

muy eficiente algo eficiente ineficiente
comentarios:

MODULO 5 PARTE 2

RECURSOS COMUNITARIOS PARA VICTIMAS Y PERPETRADORES DE VIOLENCIA DOMESTICA.

POR: LISA JAMES, S.A.

TIEMPO ASIGNADO: 15 A 30 MINUTOS.

METAS Y OBJETIVOS.

- 1.- Tomar conciencia y familiarizarse con los servicios locales disponibles para las víctimas y los perpetradores de la violencia doméstica.
- 2.- Desarrollar un conocimiento funcional de protocolos de referencia para canalizar a los pacientes a la agencia de servicios sobre violencia doméstica más apropiados.

FACULTAD.

La información en esta sección deberá ser presentada por un experto en violencia doméstica quien este familiarizado con recursos de violencia doméstica local. Puedes contactar tu organización local sobre violencia doméstica para encontrar alguien que sepa sobre recursos en tu comunidad.

TIPS DE ENTRENAMIENTO.

1.- FORMATO DE LOS CAPITULOS.

El material de la presentación y las actividades están en un formato general y escritas en negritas y en fuente regular.

Las instrucciones para el instructor están marcadas con un ícono y escritas en fuente tekton, las actividades interactivas están encerradas en un recuadro.

2.- LECTURA ESPECIFICA PREPARATORIA.

Es importante que el experto en violencia doméstica que enseñe esta sesión haya leído todos los otros módulos presentados a este grupo. El manual de recursos y si es posible haya asistido a todas las sesiones de entrenamiento previo.

3.- Esta sección esta diseñada para durar de 15 a 20 minutos juntas, ambas secciones del modulo 5 están diseñadas para durar 90 minutos. Si el instructor desea pasar más tiempo en la sección sobre recursos comunitarios, entonces la sección de asuntos legales puede ser presentada en 60 minutos en vez de 75, permitiendo 30 minutos para la parte dos, el experto legal y el experto en violencia doméstica que presente el modulo 5 deberán reunirse con anterioridad al entrenamiento para decidir cuánto tiempo deberán pasar en cada sección.

4.- Debido a que es importante para los que ofrecen cuidados a la salud estar familiarizados con los recursos comunitarios disponibles para los perpetradores al igual que las víctimas de violencia doméstica, el instructor para la parte dos de este modulo deberá incluir información acerca de tales recursos si estos están disponibles. Si el instructor o los participantes quisieran más información sobre perpetradores, por favor vean el capítulo 3 del manual de recursos: respuestas del cuidado de salud para los perpetradores de violencia doméstica.

5.- Los instructores deberán desarrollar y distribuir material durante la presentación como se indica en la presentación general.

Para una lista de recursos comunitarios de violencia doméstica (incluyendo recursos legales) e información acerca de llamar a la policía, por favor ver las copias número 5-1 y 5-2 así como 5-3 adaptable a su comunidad, leyes locales y practica. El experto legal y el experto en violencia doméstica que presenten el modulo 5 deberán reunirse antes del entrenamiento y crear o revisar juntos esta lista de recursos.

**PRESENTACION PRELIMINAR: PARTE DOS
RECURSOS COMUNITARIOS DISPONIBLES PARA VICTIMAS Y PERPETRADORES
DE VIOLENCIA DOMESTICA.**

I INTRODUCCION.

(2 A 5 MINUTOS)

A.- Los programas sobre violencia doméstica proveen una variedad de servicios para las víctimas y sus hijos, así como para los perpetradores de violencia doméstica. El alcance de estos servicios varia dramáticamente de una comunidad a otra.

B.- Los proveedores de servicio de salud deberán de conocer los servicios locales sobre violencia doméstica y ser parte de un sistema coordinado de respuesta para las víctimas de violencia doméstica. Los encargados de los centros de salud deberán considerar a los abogados en violencia doméstica como especialistas y deberán acercarse a ellos regularmente.

C.- Las metas de esta sección son:

1.- Tomar conciencia sobre los servicios locales disponibles para las víctimas y los perpetradores de violencia doméstica, y

2.- Desarrollar un conocimiento funcional de protocolos de referencia para canalizar a los pacientes a las agencias más apropiadas.

**II DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA Y EL
PROCESO DE CANALIZACION.**

(10-20 MINUTOS).

**A.-SERVICIOS LOCALES DISPONIBLES PARA LAS VÍCTIMAS Y LOS
PERPETRADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.**

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Desarrollar y enviar a los participantes al folleto numero 5-1 que habla de los servicios locales sobre violencia doméstica. Ver el folleto de muestra número 5-1 para instrucciones de cómo desarrollar este folleto. Los instructores deberán ajustar este manual para reflejar los recursos en los servicios de salud comunitarios. Proyectar transparencias número 5-9.

1.- Servicios locales sobre violencia doméstica.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Describe los roles de los servicios locales sobre violencia doméstica, tales como:

- a.- Servicios sobre crisis telefónicas.
 - b.- Albergues temporales y alojamiento temporal.
 - c.- Grupos de apoyo de albergues.
 - d.- Servicios de ayuda para mujeres maltratadas, tales como: abogados, manejo de casos, cuidado a los niños y servicios de transportación.
 - e.- Asesoría individual.
 - f.- Servicios legales para las víctimas.
 - g.- Servicios para grupos culturales o demográficos específicos, tales como: grupos étnicos, homosexuales y lesbianas, inmigrantes, grupos monolingües no hablantes de inglés, adolescentes, etc.
 - h.- Programas de intervención para perpetradores.
- 2.- Agencia sobre violencia doméstica y otras agencias locales que ofrecen servicios no específicamente relacionados a la violencia doméstica.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Desarrollar y enviar a los participantes al folleto 5-2, haga una lista de servicios comunitarios disponibles como por ejemplo:

- a.- Asistencia de alojamiento.
- b.- Abogados/manejo de caso.
- c.- Servicios de capacitación y colocación en empleos.
- d.- Cuidado y servicios relacionados con los niños
- e.- Servicios en caso de ataque sexual.
- f.- Servicios de transportación.
- g.- Grupos de apoyo para homosexuales, lesbianas, y grupos de bisexuales.
- h.- Programas de asistencia en caso de abuso de drogas.
- i.- Servicios migratorios.
- J.- Servicios de nutrición.

3.- PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBERAN LLAMAR O VISITAR LOS SERVICIOS LOCALES Y HACER CONTACTO CON ABOGADOS LOCALES.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Proyectar transparencia numero 5-10

4.- APARTE DE CONOCER QUE SERVICIOS SE OFRECEN EN TU COMUNIDAD, LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBERAN SABER LO SIGUIENTE ACERCA DE CADA PROVEDOR DE SERVICIOS LOCALES.

- 1.- Cuales son los requerimientos de elección.
- 2.- Cuál es el proceso de canalización y de chequeo médico.
- 3.- Son los servicios cultural y lingüísticamente accesibles a la población paciente.

B.- REQUERIMIENTOS DE ELECCION Y POLITICAS ESTANDAR.

Aparte de saber que servicios se ofrecen los proveedores de servicio de salud deberán conocer acerca de los requerimientos de elección y políticas estándar dentro de las agencias de servicios.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Describa brevemente las políticas y los requerimientos de elección de los servicios locales sobre violencia doméstica proveyendo información acerca de las siguientes áreas:

1.- SERVICIOS TELEFONICOS PARA ATENDER CRISIS DE VÍCTIMAS.

Describa cualquier requerimiento de elección para tener acceso a dichos servicios telefónicos.

2.- ALBERGUES PARA AYUDA EN CASO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Describa brevemente las reglas de los albergues, trate temas tales como: Quien es elegible para permanecer en un albergue, que contactos puede tener un residente de un albergue con su familia y miembros de la comunidad, que políticas de confidencialidad se aplican, etc.

3.- SERVICIOS PARA HIJOS DE VICTIMAS.

Indique que agencias proveerán servicios a clientes con hijos y cuales ofrecen programas separados para hijos de víctimas de violencia doméstica.

4.- ABUSO DE DROGAS.

Indique que servicios, si existen, aceptan a víctimas de violencia doméstica con problemas de drogadicción y cuales tienen reglas que se refieran a las víctimas que estén tomando calmantes u otras drogas prescritas o no prescritas. Identifique cualquier agencia que ofrezca programas de tratamiento en caso de abuso de drogas.

5.- SERVICIOS PARA AGRESORES

Describa cualquier servicio existente para los perpetradores y discuta los requerimientos de elección.

C.- COMO AYUDAR A LOS PACIENTES A ACCEDER A LOS RECURSOS COMUNITARIOS.

Los prestadores de servicios de salud, necesitan entender el modo en que los pacientes tienen acceso a los servicios en caso de violencia doméstica y como ayudarlos a realizar dicha tarea.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Describa procesos de canalización y de revisión médica tales como los siguientes:

1.- SERVICIOS PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.

A) Servicios telefónicos en caso de crisis.

¿Existe un cargo por el servicio? ¿En que horas está disponible? ¿Existe un servicio de asesoría de largo plazo disponible?

B) Albergues.

¿Los abogados locales requieren hablar con las víctimas directamente antes de su admisión o pueden los encargados de las clínicas completar la canalización por su cuenta?

C) Servicios de traducción para pacientes monolingües.

Describe como los prestadores de servicios de salud pueden ayudar a los pacientes a acceder a servicios locales, y si es necesario a los servicios de traducción A QUIEN PODRÍAN RECURRIR(ver puntos de discusión.)

2.- SERVICIOS PARA LOS PERPETRADORES DE VIOLENCIA DOMESTICA.

Describe como los perpetradores pueden acceder al tratamiento. ¿Las agencias aceptan auto canalizaciones, por mandato judicial solamente o por un proveedor de servicio de salud?

D) Las canalizaciones deben ser apropiadas y accesibles a los pacientes.

1.- No todos los servicios en caso de violencia doméstica son accesibles o apropiados para todas las víctimas o los perpetradores de violencia doméstica.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: De un ejemplo local de una canalización que no fue efectiva debido a que la agencia fue inaccesible a la víctima de violencia doméstica. Por ejemplo:

- Una víctima fue canalizada aun albergue donde nadie hablaba su idioma.
- Un homosexual víctima de violencia doméstica fue canalizado a una agencia contra la violencia doméstica que solo trabajaba con mujeres.

2.- Si los servicios no son lingüística, cultural ó físicamente accesible, es menos probable que la gente acceda a ellos.

3.- Los prestadores de servicios de salud, necesitan preguntar a los pacientes sus necesidades específicas y enviarlos a los servicios más apropiados.

4.- Los programas locales pueden proveer servicios para los grupos demográficos específicos.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Anote cualquier agencia que haya hecho un esfuerzo para diversificar su personal para reflejar la población local o las agencias que conducen en campañas para grupos demográficos específicos.

Describe cualquiera de los siguientes servicios proveídos por agencias locales, tales como:

A.- Programas diseñados para servir a grupos culturales o demográficos específicos. Por ejemplo:

- Grupos de apoyo para mujeres afro americanas.
- Programas para adolescentes involucrados en relaciones de abuso.
- Programas contra la violencia doméstica del mismo sexo.
- Programas que traten sobre las necesidades de transportaciones de mujeres rurales.

B.- Programas que provean servicios multilingües de tiempo completo o semicompleto.

C.- Programas que se especialicen en proveer servicios a comunidades de inmigrantes. Algunos servicios contra la violencia doméstica reportan a los clientes indocumentados

a las autoridades migratorias y por lo tanto los pacientes pueden estar un poco renuentes a acercarse a ellos por ayuda.

Los prestadores de servicios de salud deberán saber cuales son las políticas de los proveedores de servicios locales al trabajar con víctimas indocumentadas de violencia doméstica.

D.- Programas que sean accesibles a personas con discapacidad.

E.- Programas que provean servicios a homosexuales, lesbianas y bisexuales.

5.- Falta De Servicios.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Si estos servicios no existen en su área, identifique otras opciones que los proveedores de salud utilizan con los pacientes, tales como:

Canalizarlos a iglesias locales, grupos comunitarios, amigos o familiares. Los prestadores de servicios de salud también pueden trabajar con un consejero en violencia doméstica, vía grupos nacionales o estatales de apoyo en línea.

Por favor vea la sección de puntos de discusión de este capítulo para más información sobre que hacer en caso de que su comunidad carezca de servicios contra la violencia doméstica.

E.- PARA OTORGAR UNA CANALIZACION EFECTIVA A VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA, LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBERAN HACER LO SIGUIENTE:

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Proyecte la transparencia número 5-11.

- Pregunte y escuche lo que quieren y necesitan los pacientes.
- Exprese su preocupación y apoyo hacia el paciente.
- Alerta a los pacientes sobre algún asunto de confidencialidad o requerimientos de reporte.
- Conozca sus servicios locales y explíqueselos a los pacientes para que puedan seleccionar el servicio más cultural , lingüística ó físicamente apropiado.
- Pregúntele a los pacientes si quieren ayuda para contactar la agencia de servicios.
- Recuérdele a los pacientes que pueden hablar otra vez con el proveedor de servicios de salud sobre violencia doméstica.

F.- PARA ALGUNOS PACIENTES ACCESAR A LOS SERVICIOS COMUNITARIOS PUEDEN NO SER UNA OPCIÓN AL MOMENTO DE SU VISITA.

1.- Los pacientes pueden no estar listos para acceder a algún servicio exterior de ayuda en el presente.

2.- Dependiendo de la experiencia anterior de los pacientes con y en respuesta a, el servicio social o el sistema de justicia, ellos pueden decidir no acercarse a estas agencias locales contra la violencia doméstica.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: De un ejemplo de porque una víctima puede elegir no acceder a la ayuda de servicios comunitarios locales. Por ejemplo:

- Un amigo cercano o un familiar puede trabajar en la única agencia de servicios contra la violencia doméstica existente.
- La víctima puede considerar a la policía racista; o.
- La víctima puede haber sido educada para creer que pedir ayuda es un signo de debilidad.

3.- Muchas mujeres prefieren acudir a sus amigos o familiares por ayuda.

III CONCLUSION.

(3-5 MINUTOS).

A.- REVISION DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE UNA RESPUESTA MEJORADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN CASO DE VIOLENCIA DOMESTICA DE EL MODULO 3.

- 1.- Revisión médica rutinaria para víctimas de violencia doméstica.
- 2.- Valoración de la violencia doméstica.
- 3.- Intervención para las víctimas de violencia doméstica y canalización.
- 4.- Documentación de la violencia doméstica en los registros médicos.

B.- PARA PROVEER UNA INTERVENCION APROPIADA Y CANALIZACION, LOS PROVEDORES DE SERVICIOS DE SALUD NECESITAN CONOCER:

- 1.- Acerca de los servicios disponibles en sus comunidades; y
- 2.- Como dirigir a los pacientes a estos recursos si es necesario.

C.- DEBIDO A QUE MUCHOS PACIENTES NO USARAN LA CANALIZACION DE INMEDIATO Y DEBIDO A QUE LAS AGENCIAS LOCALES ESTAN A MENUDO CARGADOS DE TRABAJO:

- 1.- La Intervención directa de los prestadores de servicios de salud, con las víctimas, durante su primera visita es muy importante.
- 2.- Saber acerca de los servicios contra la violencia doméstica debe complementar y no reemplazar la efectiva intervención por parte de los prestadores de servicios de salud.

ACTIVIDAD INTERACTIVA.

Tome nota de los comentarios y preguntas generales.

NOTA PARA EL INSTRUCTOR: Agradezca a los participantes y distribuya formas de evaluación. Vean el folleto número 5-6.

PUNTOS DE DISCUSION: PARTE DOS.

PREGUNTAS HECHAS COMUNMENTE Y PUNTOS DE DISCUSION.

1.- “Que debo hacer si un paciente rehúsa la canalización”

Si los pacientes no desean contactar a una agencia de servicios contra la violencia doméstica al momento de la canalización, entonces los prestadores de servicios de salud deben: 1) ofrecerles materiales educativos en caso de que cambien de idea; 2) reiterar su preocupación, y 3) informarles que ellos, los prestadores de servicios de salud están disponibles si el paciente quisiera hablar en el futuro.

2.- “Que pasaría si existen servicios limitados o ninguno disponible en mi comunidad”.

Si tu vives en un área donde hay servicios limitados contra la violencia doméstica, deberás pasar más tiempo identificando otras opciones para las víctimas de violencia doméstica. Por ejemplo: Los prestadores de servicios de salud pueden conectar a las víctimas con los asesores sobre violencia doméstica a través de líneas de ayuda estatales o nacionales y grupos de apoyo, o pueden recomendar que las víctimas hablen con su familia o amigos. Si una persona necesita un albergue de manera urgente, Los prestadores de servicios de salud pueden recomendar hoteles, iglesias locales o posiblemente usar una cama de hospital por una noche.

En áreas donde existen servicios limitados, es importante enfatizar la intervención institucional por los prestadores de servicios de salud. El instructor deberá organizar más entrenamiento detallado para los prestadores de servicios de salud acerca de cómo desarrollar un plan de seguridad con los pacientes. Esta sesión deberá incluir

también un repaso detallado del módulo 3 de este manual cubriendo intervenciones clínicas.

3.- “Que pasa si los servicios disponibles son inaccesibles”.

La línea de ayuda nacional en caso de violencia doméstica 1-800-_____) puede proveer servicios multilingües. Servicios para aquello. Los instructores deberán también alentar a los participantes a llamar a los servicios contra la violencia doméstica y trabajar con ellos para crear servicios accesibles o explorar como desarrollar nuevas redes y crear nuevos servicios si no existiera ninguno.

4.- La canalización a las agencias de servicios contra la violencia doméstica no es la única intervención que los prestadores de servicios de salud deben realizar.

Después de identificar la violencia doméstica, regularmente los prestadores de servicios de salud desean enviar a un paciente inmediatamente a una agencia comunitaria. Recuérdele a los participantes la importancia de su intervención individual aparte de una canalización a un programa contra la violencia doméstica.

5.- Remárqueles la definición de éxito.

La meta de los prestadores de servicios de salud no deberá ser convencer a los pacientes de ir a los albergues sino que será expresar su preocupación, identificar recursos disponibles para los pacientes, y explorar opciones con ellos. Use un ejemplo personal de una canalización.

6.- Aliente la colaboración con agencias locales contra la violencia doméstica.

Si los participantes están interesados en explorar la colaboración con las organizaciones comunitarias mándelos al apéndice B del manual de recursos. Como parte de una descripción de cómo desarrollar programas de respuesta contra la violencia doméstica dentro de la infraestructura de salud, este apéndice también ofrece ideas para proyectos de colaboración entre agencias de salud y contra la violencia doméstica.

MODULO CINCO: SEGUNDA PARTE

TRANSPARENCIAS

TRANSPARENCIA # 5-9

SERVICIOS BRINDADOS POR LOS ABOGADOS EN CASO DE VIOLENCIA DOMESTICA.

- a.- Servicios telefónicos en caso de crisis.
- b.- Albergues temporales y alojamiento temporal.
- c.- Grupos de apoyo de albergues.
- d.- Servicios de ayuda para mujeres maltratadas,
- e.- Asesoría individual.
- f.- Servicios legales para las víctimas.
- g.- Servicios para grupos culturales o demográficos específicos
- h.- Programas de intervención para perpetradores.**

TRANSPARENCIA # 5-10

LO QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBERAN SABER ACERCA DE LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD

- Que servicios son ofrecidos
- Cuales son los requerimientos de elección.
- Cuál es el proceso de canalización y de chequeo médico.
- Son los servicios cultural y lingüísticamente accesibles a la población paciente.

TRANSPARENCIA # 5-11

BRINDANDO UNA CANALIZACION EFECTIVA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.

- Pregunte y escuche lo que quieren y necesitan los pacientes.
- Exprese su preocupación y apoyo hacia el paciente.
- Alerta a los pacientes sobre algún asunto de confidencialidad o requerimientos de reporte.
- Conozca sus servicios locales y explíqueselos a los pacientes para que puedan seleccionar el servicio más cultural , lingüística ó físicamente apropiado.
- Pregúntele a los pacientes si quieren ayuda para contactar la agencia de servicios.
- Recuérdele a los pacientes que pueden hablar otra vez con el proveedor de servicios de salud sobre violencia doméstica.

⁴ Granados, M. Et.al (sin fecha) Salud Reproductiva y violencia contra la mujer. Resumen no publicado. Monterrey, México; Consejo Estatal de Población

⁵ Natera, G., Tiburcio, M., Villatoro, J (1997) Marital violence and its relationship to excessive drinking in México. Contemporary Drug Problems 24/invierno 1997.

⁶ Sharen y Valdés, 1992, en et. al, 1994

⁷ Heise Lori . Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Organización panamericana de la salud Washington, D.C. Noviembre, 1994.

⁸ National Institute of Justice, 1996. Victims Costs and Consequences, a New Look. Washington, D.C.

⁹ Meyer, H. The Billion Dollar Epidemic. American Medical News, January 6,1992.

¹⁰ Heise, L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994). Violence against women. The hidden health burden. Washington DC., Banco mundial

¹¹ The Commonwealth Fund, First Comprehensive National Health Survey of American Women Finds Them at Significant Risk, (News Release). New York: The Commonwealth Fund. July 14, 1993.

¹² Hartigan, Pamela. Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto. Boletín informativo de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y sexual. Isis Internacional, Chile, Enero 1998.

¹³ Soeken, K., McFarlane, J., Parker, B. (1998). The Abuse Assessment Screen. A Clinical Instrument to Measure Frequency, Severity and Perpetrator of Abuse Against Women. Beyond Diagnosis: Intervention Strategies for Battered Women and Their Children. Thousand oaks, CA: Sage.

¹⁴ McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1998). Safety Behaviors of Abused Women Following an Intervention Program offered During Pregnancy. Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing, January 1998.

¹⁵ Valdez y Sanin (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México. 38, 352-362

¹⁶ Parker, B., Mc Farlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Infant Birthweight in Adult and Teen Women. Obstetrics & Gynecology, 841, 323-328.

¹⁷ McFarlane, J. Parker B., & Soeken, K. (1996). Abuse during Pregnancy: Association with Maternal Health and Infant Birthweight. Nursing Research 45, 32-37.

¹⁸ McFarlane, J. Parker B., & Soeken, K. (1996). Physical Abuse, Smoking and Substance Abuse during Pregnancy: Prevalence, Interrelationships and Effects on Birthweight. Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing, 25, 313-320.

¹⁹ Glantz, N., Halperin, D., Martínez, I. De León, P. *¿Quién no tiene problemas en la vida?* Un paso más en la investigación de la violencia conyugal en Chiapas. Estudios Sociales; Revista de investigación del Noroeste, Vol. VIII, núm. 16, julio-diciembre de 1998.

⁴ Granados, M. Et.al (sin fecha) Salud Reproductiva y violencia contra la mujer. Resumen no publicado. Monterrey, México; Consejo Estatal de Población

⁵ Natera, G., Tiburcio, M., Villatoro, J (1997) Marital violence and its relationship to excessive drinking in México. Contemporary Drug Problems 24/invierno 1997.

⁶ Sharen y Valdés, 1992, en et. al, 1994

⁷ Heise Lori . Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Organización panamericana de la salud Washington, D.C. Noviembre, 1994.

⁸ National Institute of Justice, 1996. Victims Costs and Consequences, a New Look. Washington, D.C.

⁹ Meyer, H. The Billion Dollar Epidemic. American Medical News, January 6,1992.

¹⁰ Heise, L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994). Violence against women. The hidden health burden. Washington DC., Banco mundial

¹¹ The Commonwealth Fund, First Comprehensive National Health Survey of American Women Finds Them at Significant Risk, (News Release). New York: The Commonwealth Fund. July 14, 1993.

¹² Hartigan, Pamela. Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto. Boletín informativo de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y sexual. Isis Internacional, Chile, Enero 1998.

¹³ Soeken, K., McFarlane, J., Parker, B. (1998). The Abuse Assessment Screen. A Clinical Instrument to Measure Frequency, Severity and Perpetrator of Abuse Against Women. Beyond Diagnosis: Intervention Strategies for Battered Women and Their Children. Thousand Oaks, CA: Sage.

¹⁴ McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1998). Safety Behaviors of Abused Women Following an Intervention Program Offered During Pregnancy. Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing, January 1998.

¹⁵ Valdez y Sanin (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México. 38, 352-362

¹⁶ Parker, B., McFarlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Infant Birthweight in Adult and Teen Women. Obstetrics & Gynecology, 84, 323-328.

¹⁷ McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Abuse during Pregnancy: Association with Maternal Health and Infant Birthweight. Nursing Research 45, 32-37.

¹⁸ McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Physical Abuse, Smoking and Substance Abuse during Pregnancy: Prevalence, Interrelationships and Effects on Birthweight. Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing, 25, 313-320.

¹⁹ Glantz, N., Halperin, D., Martínez, I. De León, P. *¿Quién no tiene problemas en la vida? Un paso más en la investigación de la violencia conyugal en Chiapas.* Estudios Sociales; Revista de investigación del Noroeste, Vol. VIII, núm. 16, julio-diciembre de 1998.

⁴ Granados, M. Et.al (sin fecha) Salud Reproductiva y violencia contra la mujer. Resumen no publicado. Monterrey, México; Consejo Estatal de Población

⁵ Natera, G., Tiburcio, M., Villatoro, J (1997) Marital violence and its relationship to excessive drinking in México. Contemporary Drug Problems 24/invierno 1997.

⁶ Sharen y Valdés, 1992, en et. al, 1994

⁷ Heise Lori. Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Organización panamericana de la salud Washington, D.C. Noviembre, 1994.

⁸ National Institute of Justice, 1996. Victims Costs and Consequences, a New Look. Washington, D.C.

⁹ Meyer, H. The Billion Dollar Epidemic. American Medical News, January 6, 1992.

¹⁰ Heise, L., Pitangy, J., Germain, A. (1994). Violence against women. The hidden health burden. Washington DC., Banco mundial

¹¹ The Commonwealth Fund, First Comprehensive National Health Survey of American Women Finds Them at Significant Risk, (News Release). New York: The Commonwealth Fund. July 14, 1993.

¹² Hartigan, Pamela. Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto. Boletín informativo de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y sexual. Isis Internacional, Chile, Enero 1998.

¹³ Soeken, K., McFarlane, J., Parker, B. (1998). The Abuse Assessment Screen. A Clinical Instrument to Measure Frequency, Severity and Perpetrator of Abuse Against Women. Beyond Diagnosis: Intervention Strategies for Battered Women and Their Children. Thousand Oaks, CA: Sage.

¹⁴ McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1998). Safety Behaviors of Abused Women Following an Intervention Program offered During Pregnancy. *Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing*, January 1998.

¹⁵ Valdez y Sanin (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica de México*. 38, 352-362

¹⁶ Parker, B., Mc Farlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Infant Birthweight in Adult and Teen Women. *Obstetrics & Gynecology*, 841, 323-328.

¹⁷ McFarlane, J. Parker B., & Soeken, K. (1996). Abuse during Pregnancy: Association with Maternal Health and Infant Birthweight. *Nursing Research* 45, 32-37.

¹⁸ McFarlane, J. Parker B., & Soeken, K. (1996). Physical Abuse, Smoking and Substance Abuse during Pregnancy: Prevalence, Interrelationships and Effects on Birthweight. *Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing*, 25, 313-320.

¹⁹ Glantz, N., Halperin, D., Martínez, I. De León, P. *¿Quién no tiene problemas en la vida?* Un paso más en la investigación de la violencia conyugal en Chiapas. *Estudios Sociales; Revista de investigación del Noroeste*, Vol. VIII, núm. 16, julio-diciembre de 1998.