



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

Primera Revisión

Enero 2006



Gobierno de Nicaragua
Ministerio de Salud



ÍNDICE	Página
I. CRÉDITOS	4
II. PRESENTACIÓN	8
III. JUSTIFICACIÓN	9
IV. MARCO JURÍDICO	12
1. Ámbito Internacional	
2. Ámbito Nacional	
2.1 Base Jurídica	
2.1.1 Constitución Política de Nicaragua	
2.1.2 Ley 423: Ley General de Salud y su Reglamento	
2.1.3 Ley 150: Reforma al Código Penal	
2.1.4 Ley 230: Reformas y Adiciones al Código Penal	
2.1.5 Ley 228: Ley de la Policía Nacional	
2.1.6 Ley 287: Código de la Niñez y la Adolescencia	
2.1.7 Decreto Ministerial 67 –96 del MINSA sobre VIF	
3. Ámbito Institucional	
3.1 Política Nacional de Salud	
3.2 Plan Nacional de Salud	
3.3 Modelo de Atención en Salud (MAIS)	
3.4 Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual	
V. MARCO CONCEPTUAL	25
1. Violencia de Género	
2. Violencia Intrafamiliar	
3. Violencia Generacional	
4. Violencia contra la Niñez y Adolescencia	
5. Tipos de Violencia	
5.1 Violencia Física	
5.2 Violencia Sexual	
5.3 Abuso Sexual Infantil	
5.4 Violencia Psicológica o Emocional	
5.5 Violencia Patrimonial o Económica	
5.6 Violencia de Pareja	
5.6.1 Ciclo de Violencia en la Pareja	
5.6.2 Etapas de la Violencia de Pareja	
6. Modelo Ecológico para comprender la Violencia	
7. Enfoque de Riesgo	

8. Enfoque de Género en Salud

9. Prevalencia de la Violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua

VI. DEMANDA DE ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD 36

1. Algunos criterios de detección de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

VII. DEFINICIÓN DE LA NORMA 40

VIII. OBJETO DE LA NORMA 41

IX. NORMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIFS 42

1. Normas Generales

2. Normas de Estructura

3. Normas de Procedimiento

X. CAMPO DE APLICACIÓN Y POBLACIÓN UNIVERSO 46

XI. CARACTERÍSTICA DEL SERVICIO 49

1. Proceso de Atención de la VIFS

2. Atención a personas adultas afectadas por VIFS

3. Atención a Niñez y Adolescencia afectada por VIFS

XII. REQUERIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES 63

1. Recursos Humanos

2. Funciones de los Recursos Humanos

3. Recursos Materiales

XIII. FLUJOGRAMA 65

XIV. BIBLIOGRAFÍA

XV. ANEXOS

1. Hoja de Tamizaje

2. Ficha de Registro y Seguimiento de Víctimas de Violencia

3. Glosario

I. CRÉDITOS

Documento Normativo elaborado por Msc. Chepita Rivera Ruiz, Psicóloga Clínica, Consultora Independiente MINSa / AIMNA.

AUTORIDADES CLAVES ENTREVISTADOS/AS

Estelí, Centro de Salud “Leonel Rugama”

1. Doctor. José Ángel Pino, Director.
2. Doctora Aura Estela Garmendi, Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.
3. Licenciada. Norma Lazo, Responsable de la Clínica de Adolescentes.
4. Licenciada. Miriam Gonzáles, Responsable de Salud Mental.

Chinandega, Centro de Salud “Roberto Cortés M”

1. Doctora Irela Solís Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.
2. Ileana Reyes Responsable de Salud Comunitaria.

Managua

1. Doctor. Carlos Fletes, Responsable Programa de Salud Mental, **MINSa Central**
2. Msc. Silvia Narváez, Responsable Programa Mujer, Salud y Desarrollo **OPS Nicaragua**.

Centro de Salud “Pedro Altamirano”

1. Licenciada Yasmina Casco, Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.

Hospital “Antonio Lenín Fonseca”

1. Doctora Arelis Palacios Rodríguez, Responsable de Epidemiología.
2. Licenciada María Elena Gonzáles, Responsable del Departamento de Enfermería.

Hospital “Fernando Vélez Paíz”

1. Licenciada María Auxiliadora Alfaro, Responsable de Psicología .
2. Licenciada María Elisa Cruz, Responsable de Trabajo Social.

Masaya

1. Msc. Klemen Altamirano, Directora de la Colectiva de Mujeres de Masaya y Miembra de la Red de Mujeres contra la Violencia.

COMITÉ TÉCNICO

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Cecilia Sánchez | Ministerio de la Familia |
| 2. Patricia Independencia Obregón | Procuraduría de la Mujer |
| 3. Carlota Espinosa P. | Comisaría de Mujer y Niñez |
| 4. Juana Jiménez | Red de Mujeres contra la Violencia. |
| 5. Luis Cuadra | MINSA / PNSSyR |
| 6. Donald Jiménez | MINSA / PNSSyR |
| 7. Wilmer Beteta | MINSA / AIMNA |
| 8. Nubia Orozco | MINSA / Dirección de Regulación |
| 9. Martha Munguia | I N I M |
| 10. Klemen Altamirano | Colectiva Mujeres Masaya |
| 11. Chepita Rivera Ruiz | Consultora MINSA /AIMNA |

PARTICIPANTES DE CENTROS ALTERNATIVOS EN SESIÓN DE VALIDACIÓN

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. Marta Verónica Rosales | Centro Dos Generaciones, Managua |
| 2. Cecilia Navarro T | RMCV, Managua |
| 3. Juana Jiménez | RMCV, Managua |
| 4. Rosa María Mendoza | RMCV, Managua |
| 5. Berta Inés Cabrales | Itza, Managua |
| 6. María Lidia Oporta | Coprodesi, Managua |
| 7. Esmelda Montoya | Amnlae, Managua |
| 8. Arnoldo Siezar | Amnlae, Managua |
| 9. Auxiliadora Mendoza | Xochiquetzal, Managua |
| 10. Susana Juárez | Centro Las Golondrinas, Managua |
| 11. Auxiliadora Aguilera | Ixchen, Managua |
| 12. Rosa Fletes | Colectivo 8 de Marzo, Managua |
| 13. Ruth Marina Matamoros | Grupo Venancia, Matagalpa |
| 14. Blanca A. Palma | Asociación La Amistad, Matagalpa |
| 15. Aleyda Gonzalez H | “May Barreda”, León |
| 16. Caridad Hernández L. | Oyanka, Jalapa, N. Segovia |

PARTICIPANTES DEL MINSA CENTRAL Y LOS SILAIS EN SESIÓN DE VALIDACIÓN

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Gilma Méndez | SILAIS Madriz |
| 2. Francis Urbina | SILAIS Managua |
| 3. Zoila Canales | SILAIS Managua |
| 4. Jorge A. Martínez | SILAIS Matagalpa. |
| 5. Mercedes Calderón | SILAIS Masaya |
| 6. Ma. Auxiliadora Hernández | SILAIS Carazo |
| 7. Wilmer Beteta | MINSA Central AINMA |
| 8. Migdalia Molina | MINSA Central AINMA |
| 9. Alfonso Porta | MINSA Central Dir. Regulación |
| 10. Ma. Luisa Betanco | MINSA Central |
| 11. Ligia Juárez D. | MINSA Central |
| 12. Donald Jiménez G | MINSA Central PNSSyR |

13. Luis Cuadra	MINSA Central PNSSyR
14. Ana Luisa Alvarado	MINSA Central
15. Ma. Lourdes Martínez	MINSA Central
16. Zoila Román S.	CIES UNAN

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

Primera Revisión

Enero 2006

Este documento de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, Primera Revisión, es una reimpresión de la original con las modificaciones pertinentes producto de la actualización del documento normativo elaborado en Agosto 2001 y aplicado hasta la fecha en los diferentes servicios de salud que brindan atención a personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.

De la experiencia y valoración de la aplicación del documento normativo original realizada a partir de Agosto 2001 hasta Noviembre 2005, se deriva la necesidad y decisión de actualizarla para realizar los ajustes necesarios teniendo como base los lineamientos definidos para el sector salud y las orientaciones metodológicas para la elaboración de Normas de Atención en Salud diseñadas por la Dirección General de Regulación del Ministerio de Salud.

La presente norma hace referencia al marco jurídico que la sustenta brindando las herramientas legales e institucionales contempladas en la Ley General de Salud y su Reglamento; el Modelo de Atención Integral en Salud, la Política Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Nacional de Salud 2004-2015 que brindan el aseguramiento para el abordaje integral a la violencia intrafamiliar y sexual; de igual manera aborda la importancia, utilidad y beneficios que obtiene la población a partir de su aplicación; así mismo comprende el marco teórico donde se explican los conceptos y definiciones necesarias para asegurar la adecuada comprensión y correcta aplicación de la presente norma; contiene el propósito, objetivos y definición de la norma, el universo y población a quienes se les aplicará esta norma; las características del servicio y un flujograma que orienta acerca de la ruta a seguir en el abordaje interdisciplinario e intersectorial de la violencia intrafamiliar y sexual.

II. PRESENTACIÓN

El problema de la violencia intrafamiliar y sexual afecta en América Latina a 6 de cada 10 mujeres que sufre violencia de pareja con las claras repercusiones en su salud física, psíquica, sexual y reproductiva. Afecta también a niñas, niños y adolescentes principales blancos de los delitos sexuales (abuso sexual, violación, acoso sexual, explotación sexual comercial) cometidos principalmente en la intimidad del hogar.

En Nicaragua, las cifras producto del monitoreo que realiza el Ministerio de la Familia indican que 7 de cada 10 eventos de violencia contra las mujeres suceden en la casa a manos de los maridos, en estas mismas casas de habitación ocurre el Abuso Sexual Infantil, el Incesto, las Violaciones a menores de edad que en lo que va del año 2005 se ha incrementado hasta un 100 % cuya ocurrencia indica que de cada 100 de estos casos 90 son contra las niñas y 10 contra los niños, lo cual nos da la medida de la direccionalidad que tiene la violencia contra las mujeres desde su vida temprana.

La violencia contra las mujeres en Nicaragua se ha agudizado de tal manera que los datos de feminicidio que en 2003 alcanzó cifras de 92 casos; en 2004 72 casos y en 2005 los registros de la Policía Nacional indican que mas de 67 mujeres han sido asesinadas por su pareja o ex cónyuge.

La violencia intrafamiliar y sexual afecta de manera particular a la mujer, la niñez y la adolescencia, su incremento e incidencia en la vida y la salud de las personas que la sufren la convierte en un problema de salud pública, un problema social y en un asunto de respeto a los derechos humanos por lo cual el Ministerio de Salud mediante sus instrumentos jurídicos e institucionales como la Ley General de Salud y su Reglamento; el Modelo de Atención Integral en Salud, la Política Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Nacional de Salud 2004-2015 ha definido la necesidad de transversalizar el abordaje integral e interdisciplinario facilitando con el presente documento una guía normativa para la detección, intervención, registro, referencias, seguimiento y prevención de la violencia intrafamiliar y sexual.

Licenciada
Margarita Gurdíán
Ministra de Salud

III. JUSTIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar y sexual afecta de manera particular y con mayor incidencia a las mujeres, la niñez y a la adolescencia. La alta incidencia de este tipo de violencia en la vida de las mujeres parece indicar que su condición de ser mujer la vulnera debido a que la violencia está presente a lo largo de las etapas de su vida como un continuo en los diferentes ámbitos del mundo público y privado. Esta situación nos permite valorar la violencia basada en género como un problema de salud pública que por presentarse de forma mayoritaria en el seno de la familia, nos referimos a ella como violencia intrafamiliar y sexual, (física, psicológica, económica y sexual); misma que a su vez contiene a la violencia de pareja en sus diferentes manifestaciones, la violencia contra la niñez y la adolescencia y en menor escala la violencia contra ancianas y ancianos.

Al igual que la violencia intrafamiliar y sexual, la violencia institucional y la violencia en las calles muestran una dirección y una intencionalidad hacia las mujeres de ahí que actualmente el feminicidio se ha constituido en una manifestación de la violencia basada en género con carácter selectivo y perpetrada principalmente por maridos o ex-maridos, padres y padrastros celosos, abusivos y violentos contra las mujeres.

Dado el impacto y la alta incidencia de la violencia intrafamiliar y sexual en la salud de la niñez, los y las adolescentes de ambos sexos y las mujeres de todas las edades; aún cuando la violencia no sea la primera demanda de atención a los servicios de salud por parte de las personas afectadas, el personal de salud tiene la responsabilidad de explorar y/o realizar un estudio de rutina a quienes acudan a las unidades de salud demandando el servicio de atención por estar sufriendo o haber sobrevivido a violencia intrafamiliar y sexual.

Explorar la vivencia de situaciones de violencia intrafamiliar y sexual de una persona es importante tanto para identificar a las personas que están siendo violentadas actualmente; como para valorar su situación de riesgo y detener daños mayores; orientar e informar acerca de su derecho humano a vivir libre de violencia, de las diferentes alternativas y beneficios con que cuenta tanto en el ámbito de su salud, de las leyes que la protegen y de los centros alternativos de atención desde la sociedad civil; así como contribuir al fortalecimiento de su autoestima y referirla para atención especializada si así lo amerita.

La violencia contra la mujer incluye las diferentes formas de abuso cometido contra ellas en su condición de género en cualquier etapa de su vida y se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, afectando su integridad psíquica, moral y / o física. Es la manera por la cual en un 90%¹ de los casos, los hombres ejercen control y poder sobre las mujeres, ubicándolas dentro de una categoría inferior y de subordinación. La violencia sexual es un problema universal y constituye una de las formas más frecuentes de violencia que afecta en su mayoría a las mujeres indistintamente de su edad, clase social, etnia, religión, cultura, capacidades diferentes y ocurre en poblaciones de diferentes niveles sociales y económicos, en espacios públicos o privados y en cualquier etapa de vida de la mujer por lo cual es considerada a nivel mundial un problema de salud y en Nicaragua además de constituir un problema de salud pública es también un problema de seguridad ciudadana y social, valorado así por las autoridades policiales.

¹ Jorge Corsi, Violencia Intrafamiliar una Mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Ed. Piados, 3° reimpresión, Buenos Aires, 1999.

La equidad de género, entendida como el reconocimiento y valoración equilibrada del potencial de mujeres y hombres, la distribución del poder entre ambos y su aplicación establece el reconocimiento de diferentes realidades, intereses y necesidades de la salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, reconociendo y trabajando las inequidades sociales. La Equidad de Género es considerada en el Plan Nacional de Salud como parte esencial de la equidad social establece un trato justo y equitativo entre mujeres y hombres.

La categoría de género, por su parte, permite reconocer al momento de analizar las relaciones entre hombres y mujeres, que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, roles y prescripciones sociales que cada cultura dicta a hombres y mujeres, situando a las mujeres en condiciones de dominación y subordinación atentatorio a su desarrollo humano.

La Salud Sexual y Reproductiva² concebida como el estado de bienestar general relacionado con la vivencia de una sexualidad placentera; de las funciones y procesos del sistema reproductivo y capacidad de la pareja para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, sin coacción y sin violencia, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, procurando que los embarazos sean deseados, oportunos, de bajo riesgo y que el proceso reproductivo termine, en lo posible, en la formación de un nuevo ser humano.

Aún cuando la salud sexual y reproductiva promueve el ejercicio del derecho fundamental y la capacidad de mujeres y hombres para disfrutar su vida sexual y decidir libremente sobre aspectos reproductivos, ésta enfrenta diferentes obstáculos que atentan contra el derecho humano a la salud debido a la violencia intrafamiliar y sexual asociada a Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA y a la Mortalidad Materna³ que ya observa porcentajes de muertes maternas no obstétricas incrementadas en los últimos años; así tenemos que en el año 2001 de 24 Muertes Maternas No Obstétricas, 11 casos (48%) fueron producto de violencia intrafamiliar y sexual; en el año 2002 de 30 Muertes Maternas No Obstétricas, 16 (53%) también por violencia intrafamiliar y sexual; en el año 2003 el 50 % de los 14 casos registrados estaban relacionados a violencia intrafamiliar y sexual, y para el año 2004 de 19 muertes maternas no obstétricas registradas el 68.4% fueron producto de suicidio y 10.5% se dieron por homicidios. Las Muertes Maternas No Obstétricas asociadas a violencia intrafamiliar y sexual ameritan una atención particular en tanto aparecen vinculadas en un 17% a abortos inseguros derivados de embarazos no deseados provocando muertes de mujeres embarazadas como producto de múltiples violaciones, ahorcamientos, ingesta de sustancias tóxicas, mujeres con antecedentes psiquiátricos, etc.

En Agosto de 2001, el Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia publica las Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia Intrafamiliar, documento elaborado y validado con la participación de personal de salud de diferentes perfiles y niveles de atención del MINSA y de múltiples sectores que trabajan el tema. De

² Primer taller sobre violencia de género y violencia sexual en Centroamérica y Panamá, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, IPAS, Nicaragua, Mayo 2003.

³ Salud Materna e Infantil en Nicaragua. Avances y Desafíos, Equipo Técnico interagencial OPS, UNFPA, MINSA, Managua Nicaragua Abril 2005.

su aplicación, desde 2001 a la fecha se destacan como principales logros contar con un marco normativo de cumplimiento obligatorio para el sector salud; mayor detección de casos en los diferentes programas; capacitación y sensibilización al personal de salud sobre violencia intrafamiliar y sexual, mayor conciencia de la importancia de aplicar la norma; ingreso normado de pacientes de niñez y adolescentes lo cual facilita un mejor seguimiento multidisciplinario; establecimiento de coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales logrando el MINSA insertarse en las redes locales de lucha contra la violencia desde donde se realiza promoción, prevención y brindan servicios de apoyo; mejor calidad y calidez de atención a través de la aplicación de la referencia y contrarreferencia; registro y reporte estadístico de casos a vigilancia epidemiológica; conocimiento de parte de la población de contar con el servicio de atención de la violencia intrafamiliar y sexual en las unidades de salud; desarrollo de algunas acciones de prevención principalmente con la población adolescente y estudiantes de secundaria con quienes se realizan actividades educativas de información y promoción de estilos de vida saludables.

IV. MARCO JURÍDICO

La Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual requiere del conocimiento y apropiación del marco legal nicaragüense que sustenta jurídicamente la norma brindándole los elementos legales que mandatan al personal de salud a proceder con la seguridad y confianza de contar con el respaldo de leyes necesarias en el abordaje integral y multidisciplinario de la violencia intrafamiliar y sexual.

Un recorrido necesario por el sustento jurídico del presente documento normativo nos lleva al ámbito nacional e internacional para encontrarnos con los principales avances en materia jurídica.

AMBITO INTERNACIONAL

En el ámbito internacional, Nicaragua ha participado y ha sido signatario de Convenciones y Conferencias que la comprometen como Estado a diseñar acciones en contra de la violencia intrafamiliar y de género.

En la década de los noventa se produjo la primera generación de políticas sobre el tema, centradas fundamentalmente en el establecimiento de un marco jurídico internacional que ha propiciado el desarrollo de legislaciones nacionales sobre el tema. Previamente en 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer, conocida por sus siglas en inglés CEDAW.

En 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño estableció obligaciones para proteger a las niñas y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual.

Posteriormente, en 1991, en la Quinta Conferencia Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se aprobó una resolución sobre mujer y violencia en la que se destaca a la violencia basada en el género como uno de los obstáculos para un desarrollo con equidad.

En 1993 se realiza la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena que reconoce a la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos y se establece una relatoría especial sobre el tema. Este mismo año se produjo la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer, en la que se establece la definición de tipologías de violencia así como las acciones a desarrollar por los Estados para enfrentarla.

En 1994, por mandato de la Organización de Estados Americanos OEA, se aprobó en Belém do Pará Brasil, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, en ésta se incluye el “reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica”⁴; y el compromiso de los

⁴ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará Brasil, 1994.

Estados Miembros, para formular políticas de prevención, sanción, y erradicación de la violencia contra la mujer.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer Beijing (1995) son cumbres internacionales suscrita por los gobiernos del mundo que abonan a la defensa de los derechos humanos de las mujeres y dichos gobiernos reconocen que los derechos de las mujeres y las niñas son derechos humanos universales consagrados internacionalmente, y se comprometen a promover y proteger el pleno disfrute de estos derechos y de las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de su vida. En el caso de Beijing, de acuerdo a lo establecido en la Plataforma de Acción Mundial todos los estados firmantes, incluyendo Nicaragua, establecieron acuerdo en crear mecanismos nacionales para la promoción de la mujer con la función principal de apoyar la incorporación de la perspectiva de igualdad de género en todas las esferas de la política y en todos los niveles de gobierno. Así mismo establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra mujeres y niñas, particularmente en relación a la violación sexual, violencia intrafamiliar, la explotación y tráfico sexual de la niñez y la mutilación genital. Ambos programas incluyeron además entre los componentes de las políticas y programas nacionales, servicios de atención, prevención y promoción, información, educación y comunicación, investigación y capacitación de recursos humanos, movilización, asignación de recursos y la colaboración intersectorial. A partir de estos dos eventos internacionales se estableció la relación entre la violencia de género con la salud sexual y reproductiva.

En 1996 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia basada en género como una prioridad de salud pública.

De acuerdo a la Iniciativa Centroamericana de Seguimiento a Beijing, la violencia continúa afectando la vida de miles de mujeres en muchos casos con resultados fatales. Para el 2003 se estimó que la tasa de homicidios contra mujeres fuera de 1.5 por cada cien mil habitantes, Ese año 43 mujeres murieron a causa de las violencia ejercida por parte de sus parejas, novios, ex parejas, padrastros, principalmente. En el mismo año, 94 mujeres se suicidaron, lo que representa una tasa de 3.4 suicidios por cada cien mil habitantes. Aunque no existen análisis oficiales que permitan profundizar en las causas de los suicidios, si existen evidencias constatadas por organizaciones de mujeres que muchos de estos suicidios están asociados con violencia sexual⁵.

ÁMBITO NACIONAL

BASE JURÍDICA

Constitución Política de Nicaragua

La presente Norma toma como su base principal los derechos fundamentales de los y las nicaragüenses consignados en nuestra Constitución Política que en su preámbulo consagra el respeto absoluto a los derechos humanos y en el artículo 46 garantiza la protección estatal, el reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana y el irrestricto

⁵ Índice de Compromiso Cumplido, página 13, Red de Mujeres contra la Violencia, 1995-2003, Nicaragua

respeto, promoción y protección de éstos en todo el territorio nacional, así como la plena vigencia de los derechos consignados en los más importantes instrumentos jurídicos internacionales. El artículo 59, por su parte establece: “Los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar la mediditas sanitarias que se determinen”.

En los artículos 24, 25 y 36 de la Constitución Política queda consignado la protección a la integridad física y moral de todos los y las nicaragüenses.

El artículo 27 establece la igualdad de todos los y las nicaragüenses ante la ley para gozar de protección sin ningún tipo de discriminación.

El artículo 73 consigna que las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer.

LEY 423: LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO⁶

Esta ley y su reglamento tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.

La ley general de salud y su reglamento regula los principios, derechos y obligaciones de las acciones referidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, el saneamiento del medio ambiente, el control sanitario que se ejercerá sobre los productos y servicios destinados a la salud; siendo el Ministerio de Salud, el órgano rector para aplicar, supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.

Esta ley comprende una serie de artículos directamente vinculados a la atención de la violencia intrafamiliar y otros igualmente vinculados a la promoción de acciones de prevención de la violencia; de estilos de vida saludables; calidad de vida y relaciones respetuosas y solidarias entre las personas.

Destaca en la Ley General de Salud los siguientes artículos vinculados al abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual:

Título III De las acciones en Salud.

Capítulo II De la Promoción.

Artículo 13 establece: “La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el Estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.

⁶ Ley General de Salud, Ministerio de Salud Nicaragua y Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, Managua, Mayo 2003.

Capítulo III De la prevención y control de las enfermedades y accidentes

Sección X De la Violencia.

Artículo 28 dice: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución sistemática del impacto que la violencia ejerza sobre la salud”.

Capítulo IV De la Recuperación de la Salud, en la Sección De la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.

Artículo 32 establece: “La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud”.

Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud establece:

Título II Principios, Derechos y Obligaciones

Capítulo III Participación Social

Artículo 10 establece: “Los establecimientos proveedores de servicios de salud, impulsarán la participación social tomando en cuenta los aportes, garantizando la comunicación permanente del personal de salud con líderes comunitarios, apoyarán a los grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación”.

Título III Características Generales del Sistema de Salud.

Capítulo II Organización del Sector.

Artículo 17 dice “Los Organismos no gubernamentales integrarán con el MINSA programas de prevención, promoción y atención de la salud, de acuerdo a las políticas de salud y convenios suscritos de cooperación externa”.

Título VII Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

Capítulo I Generalidades

Artículo 38 dice: “ El Modelo de Atención Integral en Salud, es el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación en salud, centrado en la persona, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense”

El Artículo 39, numeral 5 define, entre otros, como objetivo del Modelo de Atención Integral en Salud “Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial”

El Artículo 40 define: El Modelo de Atención Integral en Salud se basa en la estrategia de atención primaria en salud y atiende los principios de Accesibilidad a los servicios de salud; Integralidad de las acciones en los servicios de salud; Longitudinalidad en el proceso de la atención en salud y Coordinación entre los niveles de atención en salud.

El Artículo 41 define que los componentes del Modelo de Atención Integral en Salud son: Provisión de Servicios de Salud; Gestión Desconcentrada y Descentralizada y Financiamiento establecido en los diferentes regímenes.

El Capítulo II Organización del Modelo de Atención Integral en Salud

El artículo 42 define que la organización del Modelo de Atención Integral en Salud se basa en la complejidad y capacidad de resolución de sus integrantes en los tres niveles de atención.

El Artículo 43 y 44 establecen: El primer nivel de atención es el conjunto de acciones realizadas por individuos, establecimientos, instituciones u organizaciones públicas, privadas o comunitarias, dirigidas a fomentar el desarrollo sano, de las personas, la familia y la comunidad; y enfrentar sus principales problemas de salud y éste, además de los principios, definidos en el artículo 41 se rige por el principio de integración de la institución y la comunidad para la educación sanitaria y capacitación.

El artículo 45 hace referencia al primer nivel de atención, mismo que organiza la red de servicios de acuerdo a nueve aspectos, en cuyo numeral 3 establece “La identificación de grupos con problemas de accesibilidad y grados de vulnerabilidad derivados de condiciones socio-económicas biológicas, ambientales, conductuales y estilos de vida”.

El Artículo 49 contempla el paquete básico de servicios el cual contiene 22 ámbitos de atención en salud para el primer nivel de atención a situaciones de salud vinculadas al problema de la violencia intrafamiliar y sexual tales como las relacionadas a la salud sexual y reproductiva, atención a las emergencias médicas, detección temprana de cáncer de cerviz y mama, promoción de la salud, entre otras.

El artículo 52 define: “Al Segundo Nivel de Atención le corresponde las actividades y acciones de atención ambulatoria especializada que complementen las realizadas en el primer nivel de atención; así mismo las dirigidas a pacientes internados para diagnóstico y tratamiento. Agrega el artículo 53 que el segundo nivel de atención “tiene como finalidad apoyar el primer nivel de atención por medio de la provisión de servicios de prevención, recuperación, y rehabilitación con el grado de complejidad técnica y especialidad profesional que se determine”.

El artículo 57 dice: “Corresponde al Tercer Nivel de Atención la realización de actividades y acciones que requieran de la mayor complejidad, por lo que se organiza en función de la resolución de problemas específicos y prioritarios que señalen la política y el Plan Nacional de Salud.

El artículo 58 dice: “Para efectos del presente Reglamento, se entiende por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda. Su organización se establecerá en norma técnica.

El Título XIII De la Educación, Investigación y Promoción

Capítulo I Aspectos Generales

Artículo 322 dice “La información, educación y comunicación social en salud tienen por objeto fomentar en la población actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades desde el punto de vista individual, colectivo, así como protegerse contra otros riesgos que pongan en peligro la salud”.

Capítulo II De la Investigación en Salud

Artículo 328 dice: “El objetivo de la investigación en salud es contribuir al mejoramiento permanente de la salud de la población, considerándose la realidad socio-sanitaria, de género, generacional, causas y mecanismos que la determinen, modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones”.

Capítulo III De la Promoción

En los artículos 331, 332, 333, 334, 335 se define la promoción de la salud como un quehacer multisectorial, y tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en las personas las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. La Promoción de la salud es concebida como un proceso de información, educación, comunicación, formulación de políticas y participación plena de la población en la reorientación de los servicios de salud, hacia un enfoque holístico y preventivo, que proporcione a las personas los medios necesarios para mejorar y ejercer un control sobre su salud.

Título XVI De la Actividad Médico Legal

Capítulo I Generalidades

Artículo 371 dice: “Son actividades médico legales, las que se realizan en cualquier institución o establecimiento de salud para proveer atención por enfermedad o por lesión, o por procedimientos de observación, intervención y análisis de un cadáver, en los casos en que se pueda derivar responsabilidad penal y/o civil; su resultado se expresa en forma de declaraciones, dictámenes, informes, certificados, reportes, emitidos expresamente por el director del establecimiento de salud, dirigido a las autoridades judiciales o a los funcionarios de los organismos competentes. Para los casos de violencia intrafamiliar, se deben implementar las normas y procedimientos establecidos para tales fines”.

Artículo 374 establece: “Toda persona que asista al servicio de emergencia, presentando lesión deberá ser anotada y descrita en el libro de registro correspondiente”.

Artículo 375 establece: “Es obligación del director y equipo de dirección del establecimiento de salud, de los médicos y personal correspondiente:

Numeral 2. Preservar, conservar y custodiar las prendas de vestir de los lesionados, entendiéndose por tales aquellas personas que se presume han sido víctimas de la comisión de un delito.

Numeral 7 Emitir informe o certificación del reconocimiento o examen en todos los casos de delitos de orden sexual, siempre que dichas diligencias sean solicitadas por autoridades competentes.

Numeral 9. Emitir certificado de reconocimiento o examen en caso de lesiones físicas y/o psicológicas producto de violencia intrafamiliar, estableciendo el tipo y gravedad de las lesiones, a solicitud de las autoridades pertinentes”.

Este artículo 375, referente a la actividad médica legal, en sus numerales 2, 7 y 9 sustenta de manera importante lo establecido en el Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales, elaborado por la Comisión Nacional de Coordinación Interinstitucional del Sistema de Justicia Penal de la República de Nicaragua⁷ suscrito en

⁷ Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial, Corte Suprema de Justicia, Managua, Nicaragua, Febrero 2003.

Febrero del 2003 por la licenciada Margarita Gurdián, en ese momento Viceministra de Salud en calidad de testigo. Este protocolo establece una serie de acciones y compromisos que regulan la relación y responsabilidades de las instituciones involucradas en el proyecto “Mejora y Simplificación del Procedimiento Probatorio en los casos de Violencia Intrafamiliar y Sexual contra las Mujeres”. En este sentido el personal de salud tiene la responsabilidad de garantizar la preservación de pruebas físicas de implicación legal en la atención a toda persona que demande el servicio por violencia intrafamiliar y sexual, así como dar cumplimiento a lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia en lo que respecta a los delitos cometidos en perjuicio de este grupo de población vulnerable frente a la violencia.

LEY 150: REFORMA AL CÓDIGO PENAL TITULO I, LIBRO II DEL CÓDIGO PENAL: DELITOS CONTRA LAS PERSONAS Y SU INTEGRIDAD FÍSICA, PSÍQUICA, MORAL Y SOCIAL.

Esta ley aprobada por la Asamblea Nacional el 11 de junio de 1992 penaliza los delitos de orden sexual. Comprende una serie de reformas al código penal sobre violaciones y otras agresiones sexuales. Considera la protección para las víctimas de delitos sexuales como la violación, estupro, abuso sexual infantil, explotación sexual comercial. Establece como instancias o agentes involucrados con mandatos específicos a todas las estaciones de la Policía Nacional, las Comisarías de la Mujer, la niñez y Adolescencia, los Juzgados Locales del Crimen.

LEY 230: REFORMAS Y ADICIONES AL CÓDIGO PENAL PARA LA PREVENCIÓN Y SANCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Esta ley está vigente desde el 09 de Octubre de 1996, fecha en que fue publicada en La Gaceta, diario Oficial y constituye un avance importante en la protección de la vida, salud y dignidad de las mujeres, porque establece medidas de protección para las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual y reconoce la violencia psicológica como un delito. Su origen es el proyecto de reforma al Código Penal, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar.

LEY 228: LEY DE LA POLICÍA NACIONAL

Crea el Departamento Nacional de las Comisarías de la Mujer y la Niñez y el 25 de Noviembre del 1993 se inaugura la Primera Comisaría en el Distrito V de la Policía Nacional de Nicaragua espacio desde donde se les brinda atención especializada en caso violencia física, psicológica y sexual en contra de la mujer y la niñez. Actualmente existen 27 comisarías en todo el país, están adscritas a la Dirección de Investigaciones Criminales de la Policía Nacional y la gerencia se realiza desde la coordinación interinstitucional de la Policía Nacional, la Red de Mujeres contra la violencia y el Instituto Nicaragüense de la Mujer.

LEY 287: CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Aprobado en Noviembre 1998, establece medidas de protección y contiene principios para la atención integral a la niñez y la adolescencia víctimas de violencia desde un enfoque de derechos humanos para lo cual priva el principio del interés superior de la niñez

En el Libro II del Código de la Niñez y Adolescencia se definen la Política de Atención Integral en la cual están contenidas en Políticas Sociales Básicas, Políticas Asistenciales, Políticas de Garantía y Políticas de Protección Especial. La naturaleza Especial de la Política Protectora es que requiere de medidas específicas, particulares y distintivas; pertinentes a la situación en las que se encuentran niñas, niños y adolescentes y debe distinguir la forma de atención de otras situaciones en las que se encuentren la mayoría de los y las beneficiarios de esta ley y que no presente esa situación.⁸

También el Libro II del Código de la Niñez y Adolescencia en su Capítulo III contiene algunos artículos que norman y obligan a las y los funcionarios del Estado de garantizar las medidas de protección especial a niñas, niños y adolescentes cuando esté en peligro su integridad física, psicológica y sexual. A continuación se detalla algunos artículos de importancia para la sustento jurídico en la aplicación de la presente norma.

Libro Segundo De la Política y el Consejo Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia.

Título I De la Política Nacional de Atención Integral

Artículo 57 establece: “La Política Nacional de Atención Integral a los derechos de las niñas, niños y adolescentes estará contenida en:

- a) Las políticas sociales básicas que se caracterizan por los servicios universales a los que tienen derecho todas las niñas, niños y adolescentes de manera equitativa sin excepción alguna: educación, salud, nutrición, agua y saneamiento, vivienda y seguridad social.
- b) Las políticas asistenciales que se caracterizan por servicios temporales dirigidos a aquellas niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situaciones de extrema pobreza o afectados por desastres naturales.
- c) Las políticas de protección especial dirigidas a las niñas, niños y adolescentes, que se encuentre en situaciones que amenazan o violen sus derechos o en estado de total desamparo.
- d) Las políticas de garantías, dirigidas a garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes consagrados en el presente Código, en relación al acto administrativo y a la justicia penal especializada”

Título III De la Prevención y Protección Especial

Capítulo II De la Protección Especial

Artículo 76 establece: “El Estado, las instituciones públicas o privadas, con la participación de la familia, comunidad y la escuela, brindarán atención y protección especial a las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en las siguientes situaciones:

- a) Cuando los tutores, abusen de la autoridad que le confiere la guarda y tutela de los menores o actúen con negligencia en las obligaciones que les imponen las leyes.
- b) Cuando carezcan de familia
- c) Cuando se encuentren refugiados en nuestro país o sean víctimas de conflictos armados.
- d) Cuando se encuentren en centros de protección o de abrigo.
- e) Cuando trabajen y sean explotados económicamente.

⁸Documento Marco Conceptual sobre Protección Especial a niñas, niños y adolescentes en situación de violencia sexual. Dos Generaciones, Asociación La Amistad Matagalpa, Casa Alianza, Nicaragua. 2004.

- f) Cuando sean adictos a algún tipo de sustancias sicotrópicas, tabaco, alcohol, sustancias inhalantes o que sean utilizados para el tráfico de drogas.
- g) Cuando sean abusados y explotados sexualmente.
- h) Cuando se encuentren en total desamparo y deambulen en las calles sin protección familiar.
- i) Cuando sufran algún tipo de maltrato físico o psicológico.
- j) Cuando padezcan de algún tipo de discapacidad.
- k) Cuando se trate de niñas y adolescentes embarazadas
- l) Cualquier otra condición o circunstancia que requiera de protección especial”.

Capítulo III De las Medidas Especiales de Protección

Artículo 80 establece: “Cuando la autoridad administrativa tuviere conocimiento por cualquier medio, que alguna niña, niño y adolescente se encuentre en cualquiera de las circunstancias establecidas en el artículo 76 de este Código, iniciará de inmediato la investigación y comprobación de dichas circunstancias”.

Artículo 85 establece: “Las personas que por acción u omisión realicen maltrato, violencia o abuso físico, psíquico o sexual, estarán sujetos a las sanciones penales que la ley establece.

La autoridad administrativa correspondiente tomará las medidas necesarias para proteger y rescatar a las niñas, niños y adolescentes cuando se encuentre en peligro su integridad física, psíquica o moral. Podrá contar con el auxilio de la policía, la que deberá prestarlo sin mayor trámite”.

Libro Tercero Sistema de Justicia Penal Especializada

Título V De las Sanciones a Personas, Funcionarios Administrativos y Autoridades

Artículo 220 establece: “ Todo médico, profesor o persona responsable de una institución de atención a la salud, de enseñanza secundaria, primaria, preescolar, centros de desarrollo infantil, que deje de comunicar a la autoridad competente de los casos que tenga conocimiento o en los casos que sospeche que haya habido abuso de niñas, niños y adolescentes será sancionado gubernativamente con multa equivalente a un mes de salario y serán considerado como encubridor del delito”

En el ámbito nacional se han aprobado promulgado las principales leyes nicaragüenses que constituyen el marco jurídico de aplicación de la presente Norma de Atención de la Violencia Intrafamiliar:

DECRETO MINISTERIAL 67 – 96: DECRETO DEL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA SOBRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Considerando

Que el Gobierno de la República de Nicaragua es signatario de la Convención de Belem do Pará adoptada por la Asamblea general de la Organización de Estados Americanos en el año 1994, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, en el cual se considera que el “reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica”.

Que el crecimiento continuo de hechos de violencia intrafamiliar que afectan y producen alteraciones a la salud física y psíquica de las personas obligan al estado y a la sociedad civil a tomar medidas para su debida prevención y atención.

Que el Ministerio de Salud siendo parte integrante del Gobierno asume como un problema de salud pública la violencia intrafamiliar, lo cual le obliga al diseño de políticas y estrategias para contribuir a su erradicación.

POR TANTO:

RESUELVE:

PRIMERO: Autorizar a las Unidades de Salud del Estado a prestar atención a la población afectada por la violencia intrafamiliar.

El personal que labora en estas Unidades prestará la atención debida a quienes acudan presentando daños físicos o psicológicos producidos por actos de violencia intrafamiliar.

SEGUNDO: La Dirección de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, a través del Modelo de Atención, elaborará planes integrales para la prevención de la misma, regular, conducir y velar por la eficiencia y calidad global de dicha atención, así como divulgación y difusión del problema, y de esa manera impulsar la disminución de los índices de violencia significativamente la salud de la familia.

TERCERO: El Ministerio de Salud promoverá en conjunto con la Sociedad Civil una instancia de coordinación intersectorial para implementar acciones y contribuir a la solución del problema.

ÁMBITO INSTITUCIONAL

En Nicaragua se ha avanzado en la creación de un marco institucional que favorezca las condiciones para el abordaje integral interdisciplinario y multisectorial de la violencia intrafamiliar y sexual, para lo cual el Ministerio de Salud en coordinación con diversos sectores de las organizaciones y sociedad civil han elaborado instrumentos que contribuyen a brindar sostenibilidad a la aplicación de la presente normativa. Entre otras se señala La Política Nacional de Salud (2004-2015), el Plan Nacional de Salud (2004-2015), el Modelo de Atención Integral en Salud, Julio 2004 (MAIS) y el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual (2001 - 2006).

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD (2004 – 2015) ⁹

La Política Nacional de Salud contiene el conjunto de lineamientos que guían las acciones de salud para el período 2004 – 2015, es producto de un proceso amplio de consulta con diversos sectores vinculados a la salud y es una respuesta a las demandas en salud de la población nicaragüense, bajo la perspectiva de que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano y con la premisa de asegurar un proceso sostenido y sistemático de implementación de la Política Nacional de Salud, a través de las acciones estratégicas definidas en el Plan Nacional de Salud.

⁹ Política Nacional de Salud 2004 –2015, Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Septiembre 2004.

En la Política Nacional de Salud se equilibran los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, así como el trato respetuoso, humano, con calidad y calidez que tiene derecho a recibir la población en los servicios de salud regidos por los principios orientadores de universalidad, equidad, integralidad, continuidad, complementariedad y solidaridad que junto a los ejes transversales de equidad de género y participación social brindan dirección a la Política. Se asume en ella la deuda sanitaria no resuelta por años la cual se expresa en daños a la salud muy vinculados a la pobreza, así como a problemas epidemiológicos propios del desarrollo como las enfermedades crónicas, violencia, el VIH/SIDA, etc. y a pesar de los esfuerzos realizados, todavía se tiene una limitada capacidad de respuesta del sector y del sistema de salud, para articular esfuerzos efectivos que permita atender las necesidades de la población, lo que se expresa en inequidades en el acceso a las acciones y servicios de salud, afectando en mayor grado a los sectores más pobres y en especial a las mujeres.

Entre los lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud, particularmente en lo referente a la ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud se define que el MINSA se asociará con las redes sociales y gobiernos municipales para optimizar la utilización de sus capacidades humanas y de infraestructura, facilitando de esta manera el acceso de la población a los servicios. Así mismo en cuanto al fortalecimiento de la atención primaria en salud se define la estrategia de desarrollo de servicios de conserjería en los establecimientos públicos articulando las experiencias y recursos de otras instituciones y utilizando personal capacitado en temas de equidad de género, que contribuyan a la atención de grupos susceptibles a problemas ligados a la violencia, salud mentas, etc.

PLAN NACIONAL DE SALUD (2004 – 2015) ¹⁰

El Plan Nacional de Salud tiene como propósito fundamental, garantizar el derecho y el acceso equitativo y universal a un conjunto de servicios básicos de salud para incrementar la esperanza y la calidad de vida de la población nicaragüense. Así mismo, busca transformar los hábitos y costumbres de las personas, la familia y la comunidad, para convertirlas en constructoras de sus condiciones de salud y desarrollo, a través de una amplia participación social en el quehacer en salud.

El Plan Nacional de Salud define en sus Determinantes de la Salud de la Población Nicaragüense que la violencia es reconocida internacionalmente como un elemento determinante de la salud y una de sus formas de expresión es la violencia intrafamiliar y sexual, cuyo impacto en la salud es de grandes proporciones, convirtiendo los hogares- el espacio en el cual los seres humanos deberían desarrollarse en condiciones de ejercicio pleno de sus derechos humanos- en un factor de alto riesgo para la salud; está comprobado que la mayoría de sus víctimas son las mujeres y la niñez. La violencia intrafamiliar y sexual impacta de manera tal que la muerte por causas violentas representa el 13,0% en todas las edades; esto tiene una importancia vital para el Sistema de Salud, tanto por la pérdida de vidas, de capacidad productiva en el país, como por los altos costos que tiene para los servicios de salud atender los problemas derivados de la violencia.

¹⁰ Plan Nacional de Salud 2004 – 2015, Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Septiembre 2004.

De igual manera entre las Prioridades y Retos del Sector Salud contempla la Mortalidad y Lesiones por Violencia e incluye la Mortalidad Materna, las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH/SIDA y la Mortalidad por Cáncer; todas ellas asociadas a la violencia en general y a la violencia intrafamiliar y sexual en particular, la cual necesita ser objeto de políticas públicas integrales, que permitan reducir la probabilidad de su ocurrencia y la aparición de daños en la salud que restrinjan las potencialidades humanas y su integración en la sociedad. El peso de estos problemas, especialmente en las mujeres y la niñez, debe ser objeto de atención inmediata del sector salud.

Entre los Retos de Sector Salud define que la distribución de las inversiones en salud deben hacerse con enfoque de equidad, de género y atención primaria; definiendo a la vez como sus ejes transversales: la equidad de género, la interculturalidad y la participación social y contemplando en su numeral 10 la mortalidad y lesiones por violencia en consideración a que la violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres y niñez dejando secuelas físicas y psicológicas, afectando de forma directa al núcleo familiar en su conjunto.

Entre los lineamientos estratégico acerca de la prevención en salud refiere "... la vigilancia debe incluir enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como el seguimiento a los riesgos de la salud como la violencia intrafamiliar y sexual, procurando reducir la probabilidad de su ocurrencia y la aparición de daños en la salud ...".¹¹

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS), JULIO 2004.¹²

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) fue elaborado por las autoridades del MINSA en Julio de 2004, forma parte importante del proceso de modernización del sector salud y surge de la necesidad de adoptar un modelo de atención en salud que garantice el acceso a los servicios de salud; que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos identificados como prioritarios, a fin de eliminar principalmente el problema de inequidad. Entre los componentes del MAIS se incluyen los elementos de la provisión de servicios tales como los grupos de población definidos de acuerdo al ciclo de vida de las personas y su vulnerabilidad; los escenarios de atención que contempla acciones de salud dirigidos a la persona, la familia, la comunidad y al entorno físico y ecológico en los tres niveles de atención establecidos por la legislación vigente; el paquete básico de servicios de salud y la organización de redes. En el caso del paquete básico de servicios de salud contempla beneficios en los tres ámbitos definidos en la Ley General de Salud tales como servicios públicos en salud, servicios de protección y prevención en salud y servicios para la atención oportuna del daño incluye en éstos servicios vinculantes a la atención de la violencia intrafamiliar y sexual.

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL (2001 - 2006)

Nicaragua cuenta con un Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual que reconoce la violencia intrafamiliar como un problema de impacto social y como una violación a los derechos humanos cometida en el seno de familias jerárquicas,

¹¹ Ibid; pagina 72 y 110

¹² Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Ministerio de Salud de la República de Nicaragua, 2004.

caracterizadas por el abuso de poder perpetuado a través de la puesta en acto de patrones culturales, sociales, legales, psicológicos. Este Plan define las acciones institucionales y coordina los esfuerzos organizados de gobierno y sociedad civil para facilitar el abordaje integral, interdisciplinario y multisectorial de la violencia intrafamiliar y sexual en el país que afecta a amplios sectores de la población y principalmente a las mujeres, niñez y adolescencia.

La ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual es responsabilidad de todas las instituciones representadas en la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia coordinada por el Instituto Nicaragüense de la Mujer INIM que es la instancia especializada del Gobierno para la promoción, formulación, coordinación, implementación y evaluación de Políticas y Planes gubernamentales orientados a asegurar una efectiva igualdad de oportunidades de las mujeres que contribuyan a su pleno desarrollo.

V. MARCO CONCEPTUAL

La violencia en general ha sido definida como toda acción que tiene dirección e intención de una persona realizada contra otra con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico, o ambos. Tiene como principal indicador la existencia de un desbalance en el ejercicio del poder entre las personas e implica la existencia real o simbólica de un “arriba y un abajo” donde el empleo de la fuerza y el abuso de poder constituye el método por excelencia para resolver los conflictos interpersonales, políticos, jurídicos y otros para ello se hace uso de diferentes mecanismos psicológicos, físicos y económicos dirigidos a provocar daño en las personas con la clara intención de someterla, doblegarla y anularla en su condición de ser humano con existencia propia. La violencia en cualquiera de sus manifestaciones es una violación a los Derechos Humanos de las personas.

A continuación los principales conceptos referidos a la violencia intrafamiliar:

Violencia de Género

Es todo acto de violencia hacia las mujeres, niñas y adultas basadas en su género, que tiene como resultado posible o real daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

La violencia contra las mujeres incluye el feminicidio, entendiendo éste como el exterminio de las mujeres y los procesos que conducen a dicho exterminio mediante el homicidio contra las mujeres, su eliminación y control a través del temor, del daño a su integridad física, psicológica, económica y sexual obligándolas a vivir y sobrevivir en el temor, la inseguridad, las amenazas negándoles la satisfacción de sus derechos vitales en su condición de ser humana.

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar afecta, en primera instancia, la vida de las mujeres a lo largo de su historia de vida, tal pareciera que la sola condición de ser mujer la conlleva a sufrir violencia a lo largo de su ciclo de vida en la niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor, en sus diferentes manifestaciones y ámbitos. Aun cuando estos grupos son afectados mayoritariamente, por ser el ámbito de la familia donde ocurre esta violencia, los grupos vulnerables que le siguen a la mujer son la niñez, adolescencia y las personas adultas mayores de ambos sexos.

La violencia intrafamiliar es “todo acto u omisión cometida por algún miembro de la familia que abusando de su relación de poder perjudica el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica, la libertad y el derecho al pleno desarrollo de las otras personas de la familia. Las personas principalmente afectadas por la violencia intrafamiliar son las mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos, razón por la cual se le denomina también violencia basada en género.”¹³

Violencia Generacional

¹³ Cidhal, Violencia Doméstica, Cuernavaca-Morelos, México 1998.

Es una de las manifestaciones de violencia contra la niñez, adolescencia y personas de la tercera edad, en donde prevalece la visión, intereses y necesidades de las personas adultas o de quienes ostentan y abusan de su poder a través de la imposición y sometimiento mediante el uso de la fuerza física y / o psicológica. afectando la vida de personas en pleno ejercicio de su vida productiva (producción de bienes materiales y de servicio) y reproductiva.

Save the Children Noruega realizó una sistematización¹⁴ de los materiales producidos por sus contrapartes en el tema de la violencia contra la niñez y la adolescencia y parte de la información encontrada da cuenta de datos obtenidos por la Coordinadora de Organismos No Gubernamentales que Trabajan con la Niñez y la Adolescencia (CODENI 2003), acerca de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en cualquiera de sus manifestaciones misma que define como una forma de ejercicio del poder, donde existe una relación desigual entre las partes, sea esta real o simbólica, la cual se puede ejercer sobre la base del poder económico y/o político por las diferencias de aprendizaje social entre uno y otro género (por ser hombres o mujeres) o por las diferencias de comportamientos entre una y otra generación. El Maltrato Infantil tiene expresiones físicas y psicológicas y se manifiesta a través de palabras agresivas u ofensivas, instrumentalización de las hijas e hijos, chantajes, humillaciones, miradas, gestos, sometimientos, ridiculizaciones, burlas, injurias, calumnias, gritos, regañones, aislamiento e indiferencia, distanciamiento, negligencia, abandono, golpes con objetos, intimidaciones y culpabilización. Las niñas niños y adolescentes son relegadas a los quehaceres del hogar y obligadas a asumir cargas de trabajo no adecuadas para su edad.

En sus testimonios de vida niños, niñas y adolescentes consideran que la violencia es cuando les dicen que no sirven para nada, les pegan, les gritan, no los dejan jugar; cuando sus papas les abandonan; cuando las personas adultas irrespetan sus derechos y cuando son abusados sexualmente. Las formas más comunes de violencia que sufren a diario son ataduras, golpes, encierros, insultos y manoseos. La vida de niños, niñas y adolescentes que han sido marcados por la violencia, les genera sentimientos de tristeza, humillación, llanto, mucho miedo, sienten que no son personas, no saben como reaccionar frente a situaciones difíciles, frecuentemente sienten ganas de quitarse la vida.

Niños, niñas y adolescentes, entre otras cosas, proponen a las personas adultas desaparecer la violencia en el trato a ellas y ellos para lo cual necesitan ser escuchados, que las personas adultas asistan a grupos de reflexión contra la violencia para aprender mejores formas de relación con sus hijas e hijos y utilicen otra forma de educar que no sea la violencia; valoren lo que sienten y sufren ellas y ellos cuando las personas adultas les responden con golpes y no aceptan e irrespetan sus derechos.

Tipos de Violencia¹⁵

Violencia Física: Ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le inflige o intenta infligir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o internas, visibles o no, que incluye lesiones a la

¹⁴ Sistematización “Violencia contra la niñez y adolescencia en Nicaragua”, Save the Children – Noruega, Managua, Julio 2004.

¹⁵ OPS, Buscando el rumbo. Transito de las mujeres hacia una vida sin violencia, varias autoras, Nicaragua, 1999.

autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física.

Violencia Sexual: Es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones tales como la violación dentro de la pareja, abuso sexual infantil, incesto, acoso sexual, explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia. Incluye además: relaciones emocionales sexualizadas, caricias o manoseos no deseados, exposición obligatoria ante material pornográfico, chantaje sexual, penetración vaginal, oral y anal con el pene y otros objetos.

Abuso Sexual Infantil: El Abuso Sexual Infantil es una expresión de la violencia sexual y es una violación a los derechos humanos, que se expresa en cualquier contacto sexual directo o indirecto con una niña, niño o adolescente cuya voluntad es sometida mediante el ejercicio y abuso de poder desde la perspectiva generacional y de género, es decir por la edad, sexo, conocimiento o autoridad entre la víctima y el agresor.¹⁶

Cecilia Claramunt define el Abuso Sexual Infantil como una actividad planeada por el abusador, quien prevé y se anticipa creando las condiciones necesarias tanto en el entorno familiar como de las circunstancias ligadas al espacio y al momento del abuso. Este es progresivo difícil de precisar por parte de la víctima, puede comenzar con miradas gestos, expresiones obscenas, tocamientos fortuitos y avanzar hasta la masturbación y penetración; por lo general no conlleva violencia física, se comete en secreto y tiene una duración prolongada donde la manipulación y amenazas que realiza el abusador a las víctimas están dirigidas a impedir la revelación; induciendo a las niñas, niños y adolescentes a callar en aras de la lealtad a la familia (les responsabilizan de la estabilidad familiar); las culpabilizan amenazándoles con el argumento de que nadie les creerá y si hablan dañaran la unidad familiar. Desculpabiliza y desmitifica a las madres señalando como una de las razones por las cuales algunas madres desconocen el Abuso Sexual que sufren sus hijas e hijos debido a que en la mayoría de los casos ellas mismas están sobreviviendo a su propia experiencia de abuso. Ubica al padre como la figura de la familia que tiene la prerrogativa de posesión sobre las hijas e hijos quienes junto a la mujer se convierten en sus objetos de intercambio; ubica a la organización de la sociedad patriarcal basada en un sistema jerárquico de poder y gobierno donde los hombres tienen privilegios, control y dominio social y al autoritarismo como modelo de educación agudizado por la pobreza extrema como una de las principales causas del Abuso Sexual.

Define las causas de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en la socialización de género que privilegia el abuso de poder de los hombres sobre las mujeres; el ejercicio de poder generacional de parte de las personas adultas sobre niñas, niños y adolescentes; la impunidad propiciada por una cultura que promueve la ausencia de

¹⁶ “Abuso Sexual y Explotación Sexual Comercial”: Dos caras de la violencia sexual contra la Niñez y Adolescencia. Dos Generaciones, Mayo 2001.

derechos de las mujeres, la niñez y la adolescencia; los mensajes de una sexualidad que cosifica y genitaliza el cuerpo de las mujeres, niñez y adolescencia.¹⁷

Son manifestaciones de la Violencia Sexual, la Violación, el Incesto, el Abuso Sexual Infantil y Explotación Sexual Comercial que aunque suelen utilizarse como sinónimo, éste último hace referencia al escenario y el uso del cuerpo de la niñez y la adolescencia como objeto de compra venta que incluye la prostitución infantil, el tráfico de niñas, niños y adolescentes, pornografía infantil, el turismo sexual y el matrimonio forzado.

Violencia Psicológica o Emocional: Es toda acción u omisión que inflinge o intente infligir daño a la autoestima, la identidad y/o el desarrollo de la persona. Incluye insultos constantes, negligencia, abandono emocional, humillación, descalificaciones y comparaciones negativas, ridiculizaciones, burlas, chantajes y manipulación emocional, amenazas e intimidaciones, degradación, aislamiento de y control de las amistades y familiares; así como la destrucción de mascotas y objetos de valor sentimental para la persona violentada.

Violencia Patrimonial o Económica: Son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de la mujer, sus hijos e hijas o, el despojo o destrucción de sus bienes personales o mancomunados que puede incluir la casa de habitación, enseres domésticos, equipos y herramientas de trabajo, bienes muebles o inmuebles. Incluye también la negación a cubrir las cuotas alimenticias para hijas e hijos o los gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Violencia de Pareja

Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, la cual se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física. Al tener como escenario el vínculo o relación de pareja, este tipo de violencia, es concebida como una de las formas mas comunes de violencia intra-familiar que incluye situaciones de, maltrato físico, abuso sexual, abuso emocional, abuso económico y violencia recíproca que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente. El 75 % de los casos comprende al maltrato del hombre hacia la mujer, el 2 % a violencia hacia los hombres y el 23 % a violencia recíproca.¹⁸

El Ciclo de la Violencia en la Pareja

La psicóloga norteamericana Leonor Walker¹⁹ en 1978 estableció la teoría que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo esta compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y es denominado por la autora como “Ciclo de la Violencia”:

¹⁷ Cecilia Claramunt, Abuso Sexual e Incesto, Ponencia Presentada en la I Conferencia Nacional de Niñez y Adolescencia. Nicaragua 1996.

¹⁸ Jorge Corsi, Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires, Paidós, 1994, paginas 34 y 35.

¹⁹ Walker Leonore, The Battered Woman, Harper Colophon Books, New York. 1979.

Fase uno: Acumulación de tensiones.

Fase dos: Explosión o Incidente Agudo.

Fase tres: Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa.

Acumulación de tensiones:

Durante esta fase ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que su marido o compañero se enoja por cualquier cosa, le grita o la amenaza. En general el comportamiento de la mujer es de negación y racionalización de lo ocurrido que se expresa en la justificación del comportamiento de su pareja, no se defiende, se muestra pasiva y casi convencida de que no existe salida por lo tanto no realiza ningún esfuerzo para cambiar su situación. Su estado emocional es tan precario que puede llevarla a frecuentes estados depresivos y de ansiedad que la incapacitan para valorar lo que está sucediendo porque su energía está puesta en evitar un daño mayor.

Incidente agudo:

Las tensiones son descargadas a través de golpes, empujones, o maltrato psicológico excesivo. En esta fase ambos operan con una pérdida de control y con gran nivel de destructividad de parte del hombre hacia la mujer, donde el primero comienza por querer enseñarle una lección a su mujer, sin intención de causarle daño y se detiene solamente cuando piensa que ella aprendió la lección. Ella es golpeada y experimenta incertidumbre acerca de lo que sobrevendrá; enfrenta de forma anticipada la casi certeza de que será golpeada gravemente por lo que cualquier acto o palabra que ella realice para tratar de detener el incidente agudo y como una forma de salir de la angustia que sobreviene ante lo incierto de la relación, tiene efecto de provocación sobre la agresividad del hombre.

Esta disociación va acompañada de un sentimiento de incredulidad sobre lo que está sucediendo, el miedo le provoca un colapso emocional que la lleva a paralizarse por lo menos las primeras 24 horas dejando pasar varios días antes de decidirse a buscar ayuda. Ante lo impredecible del momento, a veces suele darse un distanciamiento de la pareja que puede llevar a la mujer a buscar ayuda profesional, irse de la casa, aislarse más o en algunos casos cometer homicidio o suicidarse. En algunos casos es su misma pareja quien le cura las lesiones o la lleva al hospital reportando ambos la causa de las lesiones como un “accidente doméstico”.

Tregua amorosa:

Viene inmediatamente después de terminar el incidente de violencia aguda, al que le sigue un período de relativa calma. El comportamiento de parte del hombre es extremadamente cariñoso, amable, con muestras de arrepentimiento, pide perdón, promete no volver a golpearla bajo la condición de que la mujer no provoque su enojo. Con estos gestos inusuales de cariño el hombre da muestras de que ha ido demasiado lejos, pretende compensar a la mujer y convencer a las personas enteradas de lo sucedido que su arrepentimiento es sincero. Esta fase generalmente se acorta o desaparece con el tiempo en que se agudizan los episodios violentos. Así mismo en este momento es cuando la mujer abandona cualquier iniciativa que haya considerado tomar para poner límite a la situación violenta en que vive.

La ambivalencia afectiva de su pareja provoca en la mujer un profundo estado de confusión y distorsión de la realidad. Muestra apego a las vivencias de amor, se siente culpable si ésta crisis la lleva al rompimiento del matrimonio, se percibe a si misma como la responsable del bienestar emocional de su pareja.

Para Leonore Walker el patrón cíclico de la violencia se aplica a muchas, aunque no a todas las mujeres que sufren maltrato y agrega que el período de tiempo en que ocurre el incidente agudo de violencia varía en cada relación de pareja y a veces dentro de una misma relación determinada.

La teoría del Ciclo de la Violencia ayuda a explicar por qué muchas mujeres aguantan violencia durante muchos años; muestra que la violencia generalmente no es constante en la relación de pareja puesto que va acompañada frecuentemente por actitudes de arrepentimiento y cariño que contrastan marcadamente con el lado violento del hombre. Por su parte las mujeres, deseosas del fin de la violencia en su vida conyugal sin necesidad de dejar la relación, caen fácilmente en la fantasía de creerse amadas por su pareja y que éste nunca más volverá a golpearlas.

Es hasta que el ciclo de violencia se repite en numerosas ocasiones, que la mujer comienza a perder la confianza en las promesas amorosas de su marido; es en este momento cuando ella logra reconocer el carácter abusivo y degradante de la relación de pareja y cuando se plantea la posibilidad de buscar ayuda para romper el ciclo de violencia.

Las Etapas de la Violencia de Pareja

Otra investigadora estadounidense, Karen Landenburger²⁰, enfocó sus estudios hacia las mujeres que habían sufrido maltrato conyugal para entender el proceso de estas al entrar y eventualmente salir de las relaciones abusivas. Ella identificó cuatro etapas que caracterizan las experiencias de mujeres en diferentes momentos como un proceso gradual de sentirse atrapada en una relación violenta, las etapas que señala son:

Etapa de Entrega

Etapa de Aguante

Etapa de Desenganche

Etapa de Recuperación.

Etapa de Entrega:

Al momento de formar pareja una mujer busca una relación positiva y significativa. Ella proyecta en su compañero cualidades que ella desea tenga él. Si él la maltrata, tiende a justificar sus actos, y a creer que él terminará el abuso si ella logra satisfacerlo.

Etapa de Aguante:

La mujer se resigna a la violencia. Posiblemente trata de fijarse en los aspectos más positivos de la relación, para minimizar o negar el abuso. Modifica su propio comportamiento como un esfuerzo por alcanzar algún nivel de control sobre la situación (por ejemplo saliendo temprano del trabajo, evitando visitar amigas o evitando hacer algo que podría ser motivo de enojo en su pareja.) En parte se siente culpable por el abuso y

²⁰ Karen Landenburger. A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. Nueva York. 1989. paginas 209-227.

trata de esconder su situación a las demás personas. Se siente atrapada en la relación y sin posibilidad de salir.

Etapa de Desenganche:

La mujer comienza a darse cuenta de su condición de mujer maltratada. Una vez que logra poner nombre a su experiencia puede buscar ayuda. Ahora puede estar desesperada por salir, pero puede temer por su vida o la de sus hijos e hijas. Su miedo y su enojo puede impulsarla a querer salir de la relación. Esto es un proceso que puede requerir varios intentos antes de conseguirlo exitosamente. La mujer comienza a reconocer actitudes y comportamientos de su pareja como actos de violencia, y en consecuencia puede mostrarse rechazante hacia cualquier actitud de éste (positiva o negativa), y mostrarse intolerante a cualquier acercamiento que venga de él.

Etapa de Recuperación:

El trauma de la mujer no termina con salir de la relación. Normalmente pasa por un proceso de duelo por la pérdida de la relación y una búsqueda de sentido de su vida. Trata de entender lo que su compañero le hizo, y por otro lado busca explicaciones sobre las razones que le hicieron quedarse en la relación todo ese tiempo sin arribar a una clara conclusión.

La importancia de esta conceptualización es que indica que la misma mujer posee distintas formas de reconocer la violencia y cuenta con sus propias posibilidades de salir, según el momento en que se encuentra en su relación de pareja. Según esta autora es en la etapa de aguante que ocurren con mayor frecuencia las experiencias que describe Walker como el ciclo de la violencia.

Modelo Ecológico para comprender la Violencia

El psicoterapeuta e investigador argentino Jorge Corsi²¹, explica que la realidad familiar, la realidad social y la cultura se encuentran organizadas como un todo articulado incidiendo de manera directa desde una perspectiva amplia y abarcativa en la formación de la persona, y los problemas humanos, particularmente en el problema de la violencia intrafamiliar; a partir de las relaciones de poder socialmente establecidas.

El modelo Ecológico considera simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona contemplando tres subsistemas que definen la forma en que el medio influye en la persona, a su vez propone cuatro dimensiones psicológicas que consideran las particularidades individuales de cada ser humano; ambos componentes van a mantener una reciprocidad que se verá expresada en la actuación integral de la persona y su relación con el medio que le rodea.

Subsistemas:

Macrosistema; es el contexto mas amplio y nos reemite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los patrones de comportamiento donde hemos aprendido roles, mandatos y atribuciones sociales de género sobre los cuales se establecen formas de

13 Jorge Corsi, Violencia Intrafamiliar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Ed. Paidós, 3° reimpresión, Buenos Aires, 1999.

relación entre las personas basadas en el desequilibrio y abuso de poder que sostienen ideas de discriminación hacia la mujer y malos tratos por considerarla seres inferiores.

Exosistema; este nivel está compuesto por los elementos de la comunidad más próximos a la persona; las instituciones que como la escuela, la religión, los medios de comunicación, el ámbito laboral, las instancias de administración de justicia, juegan un papel mediador entre la cultura y la persona reproduciendo y/o recreando formas violentas de relación tales como las justificaciones u omisiones en los planes de estudio que refuerzan roles de inequidad de género en niñas y niños; así mismo incluye a la religión que refuerza las conductas conformistas y de resignación frente a la violencia intrafamiliar.

Microsistema; este nivel comprende los vínculos mas cercanos de la persona ubicados en la familia que por ser el primer espacio de socialización juega un papel importante en la formación del sí mismo de la persona dado que aquí operan los mensajes y el aprendizaje de los modelos de relación abusivos. Todo lo bueno o no tan bueno que suceda en la familia va a incidir directa o indirectamente en la persona, en su experiencia y vivencia de episodios de violencia.

Persona; Corsi define a la persona como un subsistema sobre el cual van a influir los tres subsistemas señalados en dependencia de su individualidad. En la persona delimita cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

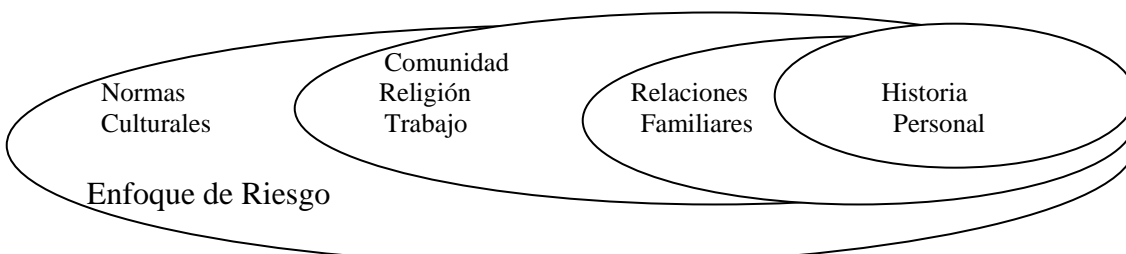
Dimensión Cognitiva; que comprende las estructuras, esquemas de conocimiento y formas de percibir y conceptualizar el mundo que cada persona se configura.

Dimensión Conductual; abarca la variedad de comportamientos con los cuales la persona se relaciona con el mundo.

Dimensión Psicodinámica; refiere a la dinámica psicológica de la persona en los niveles superficiales y profundos, manifiestos y latentes que explican sus emociones, sentimientos, ansiedades, angustias, conflictos conscientes e inconscientes, etc.

Dimensión Interaccional; explica las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Tanto las cuatro dimensiones de la persona como los subsistemas en que se desarrollan es necesario considerarlos en interrelación para lograr comprender como se va instalando la violencia intrafamiliar en la vida de las personas.



Otro elemento de análisis que permite una mayor comprensión, por ende un mejor abordaje integral de la violencia intrafamiliar es el enfoque de riesgo que contempla diversos factores psicosociales tales como los condicionantes sociales, culturales y religiosos ejemplos de ellos son la supuesta superioridad de la autoridad masculina sobre las mujeres

ubicándolas como objetos de su propiedad; la inequidad económica entre hombres y mujeres; el uso de la violencia tanto física y emocional como método común de resolver conflictos entre las personas; las múltiples y gratuitas culpas atribuidas a la mujer que incluyen el ser violentadas; débil administración de justicia y de los servicios policiales así como desconocimiento casi generalizado de los avances legales que protegen a las personas víctimas de violencia; baja autoestima e indefensión aprendida como elementos que llevan a las mujeres, niñas, niños y adolescentes de ambos sexos a permanecer en una situación de violencia intrafamiliar; el alcoholismo y la drogodependencia como factores agravantes de la conducta violenta del agresor; etc.

Enfoque de Género en Salud

Es otro recurso de análisis que permite reconocer diferentes realidades, intereses, y necesidades de salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente.

El enfoque de equidad de género, de igual manera, permite identificar los factores que contribuyen a crear y desarrollar las inequidades en la sociedad, comunidad y entre los miembros de la familia. Al conocer el carácter injusto de estas inequidades, permite valorarlas como un fenómeno social susceptible de transformación, sobre todo a partir del reconocimiento de mitos y prejuicios establecidos en el imaginario colectivo como verdades históricas que refuerzan las relaciones y acceso desigual entre hombres y mujeres.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que no existe víctima típica, que la violencia intrafamiliar no se restringe a ningún grupo específico de clase social, estado civil, edad, etnia, etc. Por lo tanto cualquier mujer, niña, niño o adolescente de ambos sexos puede ser maltratada, abusada o violada. Lo que varía es como se ejerce, como se interioriza y como se reconoce socialmente. También nos demuestra que tampoco hay victimario típico, puesto que no hay características físicas, sociales, o económicas que permitan identificar a los agresores, éstos pueden ser personas de conducta socialmente aceptable, honorables, profesionales, políticos, religiosos, buenos trabajadores, empresarios, etc.

Prevalencia de la Violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua

Existen varios estudios sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua, tres de los más importantes son: Confites en el infierno (1995), fue el primer estudio realizado en Nicaragua por la UNAN León y la Universidad de Umea Suecia; esta investigación se centra en la prevalencia de la violencia de pareja en cuyos resultados registra que una de cada dos mujeres ha sido maltratada físicamente alguna vez por su pareja; de igual manera señala que una de cada cuatro mujeres ha recibido violencia física recientemente en el último año. Un segundo estudio realizado (1997) por el BID-FIDEG demuestra la prevalencia en el dato de que 70% de las mujeres han vivido violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 33 % ha experimentado violencia el último año. El tercer estudio realizado sobre prevalencia de VIF fue en 2001 por ENDESA y sus resultados informan que una de cada tres mujeres alguna vez en unión han recibido algún abuso físico o sexual en sus vidas. Este dato refleja niveles de violencia extremadamente altos; el 12% de la muestra de mujeres experimentaron violencia física en el último año y el 10% de las mujeres entrevistadas fueron obligadas por su pareja a sostener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando amenazas de daño físico.

Según el Informe acerca de las Fuentes de Registro de la Violencia Intrafamiliar elaborado por el Ministerio de Salud en Noviembre del 2004²² define que el personal de salud por encontrarse en espacios donde acuden las mujeres a demandar servicios de salud, se encuentra en circunstancias potencialmente favorables para contribuir a la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y sexual.

En correspondencia a la actualización del sistema de información del MINSa el registro de los motivos de consulta o diagnósticos, donde cabe el registro de la variable VIF, se realizan en las hojas de registro diario de consultas y en la hoja de registro ambulatorio, en todas las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención de los establecimientos del Ministerio de Salud, misma que se implementa a partir del año 2004 a nivel de SILAIS y con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS, se han encontrado los siguientes datos:

De 173 establecimientos de salud en el primer nivel de atención, un 27% de ellos no registra casos de violencia intrafamiliar.

De Enero a Septiembre se refleja un total de 1988 casos a nivel nacional, el 57% de los casos se encuentran tipificados como violencia física, 32% como violencia psicológica, y 17% como violencia sexual. Los SILAIS que reportan mayor número de casos son Estelí, 562 casos; Río San Juan, 414 casos; León 258 casos; Masaya, Carazo y Nueva Segovia 754 casos.

En el periodo comprendido entre 1 de marzo del 2003 a febrero 2004, se registraron en los cinco hospitales que conforman el Sistema de Vigilancia de Lesiones de un total de 13,126 casos de violencia, 900 mujeres sufrieron lesiones debido a violencia interpersonal lo cual corresponde al 7% del total de lesiones atendidas. Aproximadamente se reciben en las emergencias de estos hospitales 2 mujeres por día lesionadas a causa de violencia. Según la edad la violencia Intrafamiliar es mas frecuente en mujeres y adultas para un 73.4%. Por su parte el 15.4% lo constituyen mujeres jóvenes y adolescentes víctimas de agresiones sexuales. Las niñas y adolescentes representan el 72.5% de los casos en general que acuden a estas unidades.

La edad mas afectada en mujeres agredidas atendidas en estos hospitales es principalmente de 20-29 años con el 33%, seguido de la agresión al grupo de 30-39 y después el grupo de adolescentes con 21% prácticamente durante la edad reproductiva y productiva se produce mayormente la agresión a las mujeres lo que significa perdida de horas laborales, de años saludables y trae otras consecuencias en su salud reproductiva.

El lugar donde mayormente son agredidas las mujeres es en la casa de habitación 46%, seguido de la calle 42% además se observa un 3% de agresiones en la escuela y 2% en su lugar de trabajo, lo que nos habla de que en cualquier lugar se producen las agresiones pero son mas frecuentes en la casa.

El principal mecanismo utilizado para ocasionar las lesiones por violencia hacia las mujeres es el golpe con fuerza contundente, seguido de las puñaladas y cortaduras y en tercer lugar la agresión sexual, el uso de arma de fuego es apenas del 2%, es importante hacer notar que se menciona caídas como mecanismo en un 15% que podría ser mayor si se analizan con detenimiento las supuestas caídas no intencionales que podrían estar

²² Levantamiento de Fuentes de Registro de la Violencia Intrafamiliar en el Ministerio de Salud, Nicaragua Noviembre 2004.

subregistrándose y mas bien ser caídas por violencia (empujones) que son muy frecuentes como manifestación de violencia sobre todo en la pareja.

VI. DEMANDA DE ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Cómo llega una persona que sufre violencia intrafamiliar y sexual a solicitar los servicios de salud?

Antes de iniciar la atención, todo personal de salud, desde su capacidad empática necesita identificar una serie de indicadores, no siempre manifiestos.

Una persona violentada física, psicológica o sexualmente, sea esta una mujer, niño/a o adolescente que acaba de enfrentar un evento de violencia física y psicológica, además de los dolores físicos provocados por las lesiones en su integridad física, llega también en un estado de shock o confusional acerca de lo sucedido, es posible que no tenga recuerdos ni imágenes claras, lógicas y secuenciales de la agresión que acaba de sufrir.

En medio de su estado crítico de salud casi siempre se auto-culpabiliza de lo sucedido y puede presentar pérdida de la capacidad para medir la realidad del impacto de la violencia y sus consecuencias que pueden llevarla a la muerte; puede inclusive negar la gravedad de la agresión sufrida, a pesar de las evidencias en su cuerpo, en su estado mental y emocional; puede también disociarse, mostrarse con afecto aplanado, deprimida o agitada; todo esto como mecanismos de defensa o protección inconsciente frente al dolor psíquico que le provoca la vivencia de violencia en todas las dimensiones de su ser.

Toda esta situación amerita que el personal de salud brinde un abordaje integral con enfoque de género, derechos humanos y orientado a atender la demanda con énfasis en la calidad y calidez humana, así como desculpabilizarla; explicar la dimensión de riesgo que enfrenta; brindar contención emocional, escucha empática, dar credibilidad a lo que dice aunque no suene lógico en ese momento.

Según disposiciones de vigilancia epidemiológica del MINSA toda persona del sexo femenino o masculino, que presente signos y síntomas por lesiones físicas, psicológicas o de orden sexual declaradas o no, como consecuencia de violencia intrafamiliar y sexual deberá ser confirmado, descartado o mantenerse sospechoso dentro de las 48 a 72 horas. Se considera como caso confirmado, a la persona que presenta los signos y síntomas descritos y caso sospechoso a la persona que es referida presentando documentación de institución policial y/o judicial que confirma hechos de violencia.²³

La intervención médica especializada o psicológica que se brinde, también necesita contener aspecto dirigidos a prevenir para reducir los riesgos y evitar mayores daños en la salud de la persona, reducir las posibles complicaciones y discapacidad. Así mismo acciones orientadas a promover estilos de vida saludables brindando la información verbal y/o escrita pertinente que lleve a la persona a tomar sus propias decisiones y utilizar el sistema de referencia y contrarreferencia para asegurarle la atención en salud que se merece.

Algunos Criterios de Detección de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

La violencia intrafamiliar y sexual no es una patología, pero el efecto que provoca en la salud de las personas que la sufren la convierte en un problema de salud pública que

²³ Documento Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar/ Dra. Dora Caballero.

requiere atención prioritaria, lo cual exige un trabajo en equipo, un abordaje integral en el que participen todos los sectores sociales y las diversas disciplinas: medicina, enfermería, psicología, pediatría, educación, ortopedia, ginecología, sociología, odontología, geriatría, salubridad, trabajo social, etc debidamente capacitados en el abordaje de la violencia intrafamiliar y sexual, sus consecuencias, indicadores, acciones e intervenciones necesarias. El personal de salud debe disponerse como un equipo de atención multidisciplinario debidamente sensibilizado y capacitado sobre violencia intrafamiliar. En el caso de los servicios de salud donde no se cuenta con un equipo amplio de trabajo (puestos de salud), el proceso de atención será asumido por el personal ahí ubicado, para lo cual también deberá ser capacitado debidamente.

El resultado de toda intervención dirigida a brindar atención a la demanda de la persona que sufre violencia intrafamiliar y sexual requiere básicamente de:

Identificar el tipo de violencia sufrida, la causa de su solicitud de atención junto a su demanda latente y manifiesta, los niveles de dependencia y subordinación, los factores de riesgo que le amenazan;

Analizar las diferentes posibilidades de desarrollo de sus capacidades reales para enfrentar el problema con perspectiva de oportunidad, de cambio y empoderamiento personal y desarrollo de su autoestima;

Reflexionar acerca de las formas de interrupción del ciclo de violencia facilitando que descubra voluntaria y conscientemente la transformación de su relación de pareja, reforzar su capacidad de toma de decisiones y resolver problemas;

Brindarle protección contribuyendo a la sanación de los efectos de la violencia, prevención de nuevas situaciones de violencia y definición plan de seguridad;

Indicadores que hacen sospechar de VIFS en una persona que demanda atención en salud

Al ser atendida en una unidad de salud:	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Va acompañada de alguien que contesta todas las preguntas. ☞ La persona acompañante insiste en estar presente en la atención. ☞ Las explicaciones no son coherentes con las heridas, golpes, fracturas... ☞ La persona evita mirar a los ojos de quien la atiende o cuando explica la causa de las lesiones, muestra mucha ansiedad, minimiza las lesiones y se culpa de lo sucedido. Evita o rechaza las preguntas relacionadas a indagar si las heridas son producto de algún incidente de violencia. ☞ Acude tarde y/o de forma recurrente a la unidad de salud en busca de atención médica. ☞ Presenta cicatrices o señales de heridas anteriores. 	
Indicadores de violencia física:	
Lo que puede observarse:	Lo que la persona reporta:
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Moretones en diferentes partes del cuerpo ☞ Quemaduras, laceraciones ☞ Heridas, fracturas ☞ Problemas crónicos de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Pellizcos ☞ Bofetadas, puñetazos ☞ Golpes ☞ Empujones, sacudidas ☞ Amenazas con armas

<ul style="list-style-type: none"> ☉ Múltiples hospitalizaciones ☉ Embarazos no deseados ☉ Intentos suicidas ☉ Tímpanos perforados ☉ Infecciones de Transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. ☉ Muerte en condiciones no accidentales 	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Jalones de pelo 🔗 Patadas 🔗 Lanzamiento de objetos
<p>Indicadores de Violencia Emocional</p>	
<p>Lo que puede observarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Dolencia crónicas (dolores de cabeza, estomago, espalda...) ☉ Trastornos del sueño ☉ Trastornos de la alimentación ☉ Angustia, ansiedad, miedos, temores, depresión ☉ Recuerdos dolorosos revividos con intensidad (flashback) ☉ Impotencia, pasividad, introversión, irritabilidad, aislamiento ☉ Problemas con la toma de decisiones ☉ Busca de soluciones mágicas ☉ Autoculpa frente a sus problemas de salud ☉ Aplanamiento afectivo y tristeza ☉ Sentimiento de impotencia y baja autoestima ☉ Dependencia Afectiva, poco o nulo control sobre su vida ☉ Miedo o Angustia ante la posibilidad de reconocer su situación de violencia ☉ Labilidad Afectiva 	<p>Lo que la persona reporta:</p> <p>Manipulaciones, culpabilizaciones, críticas constantes</p> <p>Distancia afectiva por parte del agresor.</p> <p>Le relata sus aventuras con otras mujeres</p> <p>Promesas o falsas esperanzas de cambio</p> <p>Controla las actividades de la víctima</p> <p>Prohibiciones a que la víctima realice actividades como: trabajar, estudiar, tener amistades y visitar a la familia.</p> <p>Impide el uso de métodos anticonceptivos</p> <p>Creación de un ambiente de miedo y/o terror.</p>
<p>Indicadores Físicos y Emocionales de Violencia Sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Moretones en diferentes partes del cuerpo ➤ Quemaduras ➤ Laceraciones ➤ Heridas ➤ Fracturas ➤ Problemas crónicos de Salud (cefaleas, trastornos gastrointestinales, dolor de espalda, etc) ➤ Trastornos alimenticios, del sueño y de aprendizaje ➤ Retraimiento o aislamiento con explicaciones de miedos, temores o fobias. ➤ Pasividad, introversión, irritabilidad ➤ Dificultad en la toma de decisiones ➤ Llanto excesivo o sin razón aparente ➤ Comportamiento autodestructivo ➤ Infecciones de Transmisión Sexual recurrentes ➤ Fugas del hogar ➤ Abuso de drogas y alcohol 	

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Embarazos no deseados ➤ Temor, angustia y/o miedo a quedar a solas o en compañía de determinadas personas ➤ Sentimiento de impotencia y/o baja autoestima 	
<p>Indicadores o Secuelas de Abuso Sexual Infantil</p>	
<p>Lo que puede observarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Desordenes alimenticios, del sueño y de aprendizaje. ☉ Fugas del hogar, Bajo Rendimiento Académico y/o Fuga de la escuela ☉ Baja Autoestima ☉ Automutilaciones / autodestructividad ☉ Miedos / temores / fobias ☉ Desordenes afectivos Agresividad ☉ Dificultad en establecimiento de límites personales, con la confianza y la expresión del enojo. ☉ Culpa / vergüenza ☉ Abuso y Adicciones de drogas y alcohol ☉ Negación, minimización o justificación del abuso ☉ Trastornos del carácter, retraimiento, apatía, aislamiento, pasividad, introversión ☉ Síndrome Ansioso ☉ Síndrome Depresivo ☉ Sexualidad Traumática ☉ Trastornos físicos (gastrointestinales, ginecológicos) recurrentes ☉ Embarazos no deseados ☉ Poco o nulo control de su salud sexual y reproductiva ☉ Diferentes lesiones sin explicación coherente y ocultas bajo ropa inapropiada al clima 	<p>Lo que la persona reporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manoseos o caricias no deseadas Actos sexuales obligados Penetración anal u oral Violación conyugal Sometimiento sexual con amenazas Exposición obligatoria a material pornográfico Obligación de realizar actos sexuales Acto sexual con dolor y sin consentimiento Burlas sobre su comportamiento sexual Exigencia sexual después de una discusión o de golpes Prostitucion obligada Pensamiento e Intento suicida

VII. DEFINICIÓN DE LA NORMA

Las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, constituyen una guía de uso imprescindible y de aplicación obligatoria para todos los sectores que de una u otra forma, directa e indirectamente participan en la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual. Este Marco Normativo cumple con el propósito de contribuir a la detección, prevención, atención y rehabilitación de las personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, así como la promoción de estilos de convivencia solidarias y saludables basadas en el amor, respeto y la equidad.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)²⁴ define a los grupos de población de acuerdo al ciclo de vida de las personas y su vulnerabilidad como uno de los elementos de provisión de los servicios de salud. La provisión de servicios se centra en la atención integral a las personas considerando la situación diferenciada según el ciclo de vida, perfil epidemiológico, riesgo, diferencias de género y su vulnerabilidad. Así mismo se considera población vulnerable a todas las personas que no disponen de recursos para satisfacer sus necesidades básicas de desarrollo humano y enfrentan condiciones de riesgo tales como niveles de pobreza, falta de accesibilidad geográfica, carentes de acceso a servicios básicos, comunidades con mínimo nivel de desarrollo, inequidades de género y personas con capacidades diferentes.

La violencia intrafamiliar y sexual²⁵ es una de las principales causas de muerte y tiene como principales afectadas a adolescentes y mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y 34 años que viven en condiciones de extrema pobreza, con bajo nivel educativo o analfabetas con el agravante de residir en áreas de difícil acceso a los servicios de salud por la falta de caminos y de medios de transporte. Así mismo la violencia intrafamiliar y sexual por ser un problema de salud pública y por afectar de manera particular a la mujer demanda ser concebida como un continuo en la vida de la población afectada (niñez, adolescencia, jóvenes, adultos y adultas).

Las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual requieren ser aplicadas con abordaje, interdisciplinario e intersectorial y con enfoque de género como un eje transversal desde donde se pueda valorar en todas sus dimensiones el impacto que provoca la violencia en la vida de los grupos de población vulnerables considerando de manera particular a la mujer en sus diferentes ciclos de vida, la niñez y adolescencia por ser las principales víctimas del abuso de poder y violencia en sus diferentes manifestaciones.

²⁴ Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Ministerio de Salud de la República de Nicaragua MINSAL, Managua, Julio 2004.

²⁵ Margarita Gurdíán López, en Salud Materna e Infantil en Nicaragua. Avances y Desafíos 2005 Pág. 5, MINSAL Nicaragua, Abril 2005.

VIII. OBJETO DE LA NORMA

Es objeto del Presente Documento “Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual”

Establecer los lineamientos básicos y de aplicación obligatoria para todos los prestadores de servicios en salud orientados a facilitar el abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial, que contribuyan a la detección, atención con calidad y calidez, recuperación y rehabilitación de las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual; junto a la realización de acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludable, formas respetuosas de relación y en equidad favorables al desarrollo humano de las personas.

Objetivos de las Normas:

Objetivo General:

Disponer de un documento normativo básico que facilite la ejecución de acciones de detección oportuna, registro, adecuada intervención, referencia y contrarreferencia, acompañamiento psicológico, rehabilitación y seguimiento de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual con énfasis en la prevención, la promoción de la salud y una vida libre de violencia en todas sus manifestaciones.

Objetivos Específicos:

1. Promover el trabajo interdisciplinario e intersectorial de todos los actores involucrados en la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual bajo los principios de accesibilidad a los servicios de salud, integralidad de las acciones en servicios de salud, longitudinalidad en el proceso de la atención en salud y coordinación entre los niveles de atención en salud.
2. Definir el papel y responsabilidades del personal de salud y sectores participantes en los tres niveles de atención, y en los diferentes servicios disponibles para la atención integral a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos y materiales existentes en cada unidad de salud y en cada centro de atención alternativa.
3. Facilitar procesos de sensibilización, capacitación, actualización y auto-cuido en temas vinculados al abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual como un problema de salud pública y como eje transversal, que favorezca la calidad resolutiva del servicio y optimice el desempeño del personal de salud y sectores participantes tanto de las unidades de salud como de los centros de atención alternativa.

IX. NORMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEXUAL

NORMAS GENERALES

Norma 1

El personal de salud debidamente sensibilizado y capacitado tiene la responsabilidad de detectar de forma oportuna y atender de forma integral a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual. Las intervenciones de salud en estos casos, serán ejecutadas desde un abordaje intersectorial y de forma interdisciplinaria por el personal de salud existentes en la unidad de salud (médico/a, psicóloga/o, trabajadora social, enfermeras, líderes comunitarios, etc) y estarán encaminadas, tanto a identificar factores de riesgo dentro de la población afectada y las alternativas para erradicarlas, como a ejecutar acciones dirigidas a la promoción de vida saludables, la prevención y a brindar atención con calidad y calidez.

Norma 2

Toda persona que sufra violencia intrafamiliar y sexual al demandar los servicios del personal de salud debe ser atendida con calidad optima, en una unidad de salud que cuente con condiciones materiales adecuadas que garanticen su seguridad, privacidad, ventilación, limpieza e iluminación; que cuente con los recursos humanos calificados para brindarle dicha atención con ética profesional, respeto, escucha empática, confidencialidad, no revictimización, responsabilidad y absoluta discreción. Así mismo debe recibir la atención sin discriminación por su nivel socioeconómico, por razones de edad, sexo, étnicas, políticas, religiosas, de preferencia sexual, de nacionalidad, o por contar con capacidades diferentes; también debe recibir tratamiento de acuerdo a la gravedad de sus lesiones físicas, psicológicas y al nivel de complejidad del caso, las veces que sea necesario, de acuerdo al diagnóstico y seguimiento realizado, que se exprese en los procedimientos médicos, psicológicos y de servicio social.

Norma 3

Todo personal de salud respaldado por la unidad de salud que brinde atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, deberá notificar estos hechos al sistema de vigilancia epidemiológica para su debido registro. Cuando se trate de casos de menores de 18 años que hayan sufrido alguno de los delitos sexuales, tipificados así en el Código Procesal Penal, la Dirección de la Unidad de Salud en cumplimiento a lo establecido por el Código de la Niñez y la Adolescencia en su artículo 220, además de reportarlo en sus registros, deberá derivarlo al Ministerio Público y a la Policía Nacional para su debido proceso legal.

NORMAS DE ESTRUCTURA

Norma 4

La Dirección Superior del MINSA como ente rector, al desarrollar su rol coordinador, normatizador, regulador y evaluador promoverá la intersectorialidad y la sostenibilidad de la atención de la violencia intrafamiliar y sexual asumiéndola como una tarea compartida con otros actores claves prestadores de servicios en salud para lo cual en el ámbito nacional, en los SILAIS, municipios, consejos de salud, etc promoverá la coordinación y

participación de sectores del estado y de la sociedad civil para planificar y desarrollar actividades de concertación y coordinación multisectorial dirigidas a establecer un abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual.

Norma 5

La Dirección Superior del MINSA debe formular y garantizar de forma sostenida el cumplimiento de un plan de sensibilización y capacitación sistemática y permanente al personal de salud que permita ampliar, mejorar y actualizar conocimientos para la atención directa de la violencia intrafamiliar y sexual. La sensibilización y capacitación del personal de salud, que atiende los casos de violencia es requisito indispensable para garantizar la atención con calidad, calidez, efectivo abordaje y un adecuado seguimiento y acompañamiento orientado al empoderamiento y crecimiento personal de la población afectada por violencia intrafamiliar y sexual.

Norma 6

Las instancias de dirección correspondientes deberán realizar supervisión periódica como parte del trabajo de equipo en todos los niveles de atención. La supervisión debe ser considerada como apoyo técnico a los equipos interdisciplinarios, realizada con un enfoque estratégico, acompañante y de constante retroalimentación que contribuya a elevar la calidad de los servicios de atención y abordaje integral de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO

Norma 7

Las personas que habiendo sufrido violencia intrafamiliar y sexual acudan a la unidad de salud a demandar atención contará en primer lugar con acciones orientadas a la detección rutinaria de su condición de persona violentada, en tanto ella pueda referirlo de esta manera, o bien la instancia que la deriva así lo informa, y/o ella presenta diferentes indicadores de haber sufrido violencia. Algunos de estos indicadores²⁶ pueden ser evidentes cuando se tratare de violencia física, estar disimulados y minimizados cuando se trate de violencia emocional y sexual, o bien estar negados cuando su situación de violencia, en cualquiera de sus modalidades, data de mucho tiempo, por lo tanto corresponde al personal de salud realizar una efectiva detección, la cual puede ser realizada en las áreas de servicio de salud destinadas como sitios centinelas (Emergencias de los hospitales, en el PAIMNA –Atención pre-natal, Pediatría, Ortopedia, Atención Ginecológica, planificación familiar, educación sexual- programa de salud mental, programas de atención a personas con enfermedades crónicas y otros definidos por las autoridades del Ministerio de Salud).

Norma 8

El personal de salud ubicado en los diferentes niveles de atención desarrollará acciones de valoración del riesgo en que se encuentra la personas afectada por violencia intrafamiliar y sexual con la finalidad de prevenir mayores daños o la ocurrencia de nuevos episodios de violencia. La prevención puede realizarse a tres niveles: Prevención primaria dirigida a prevenir el evento de violencia antes de ésta ocurra mediante la promoción de estilos de

²⁶ Ver Indicadores de violencia intrafamiliar y sexual en páginas 34-36 de la presente Normativa

vida diferentes y nuevas formas de relación entre hombres y mujeres, entre personas adultas, niñez y adolescencia, relaciones interpersonales, relaciones entre los miembros de la familia y miembros de la comunidad basadas todas en el respeto, la equidad de género y de poder, las responsabilidades compartidas, el desarrollo de la afectividad, la resolución pacífica de conflictos, etc. Prevención Secundaria o medidas centradas en respuestas inmediatas a la violencia como la atención que se brindan en las unidades de salud donde se previene la escalada del daño a través de la valoración del riesgo, el proceso de toma de decisiones, la orientación e información medidas de protección legal, comunitarias y de seguridad para las personas, la correcta aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia, etc. Y la Prevención Terciaria mediante intervenciones centradas en la atención a mas largo plazo con posterioridad a los eventos de violencia como la rehabilitación e intentos por reducir los traumas físicos y emocionales asociados a la violencia.

Norma 9

El personal de salud deberá orientar e informar a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, acerca de los servicios interdisciplinarios a los que puede acceder para su atención, su protección, así como sobre la alternativa de realizar los trámites judiciales correspondientes, la posibilidad de preservar las pruebas físicas de implicación legal en caso de decidirse por un proceso judicial, con absoluto respeto por las decisiones tomadas. En toda unidad de salud se contará con material educativo para ser distribuido de forma masiva entre la población de manera que contribuya a la prevención de la violencia y promueva estilos de relación respetuosos con equidad y afectividad entre los miembros de la familia; así como material informativo y orientador acerca de los servicios de atención, teléfonos y dirección de centros alternativos de atención a la violencia intrafamiliar y sexual existentes en el territorio cercano a la unidad de salud para recibir atención especializada la cual también pueden ser brindada por los servicios de segundo y tercer nivel de atención del MINSA.

Norma 10

Las intervenciones de salud deben complementarse, brindando fortalecimiento a la persona afectada por violencia intrafamiliar y sexual, de manera que ella pueda reconstruir su autoestima y volver a retomar sus propios poderes al brindarle un espacio de seguridad y confianza para que pueda considerar estrategias a corto, mediano y largo plazo orientadas a la toma de sus propias decisiones. Todo esto se logra si a la persona se la escucha, con credibilidad en ella, sin juzgarla ni culparla por lo sucedido, si no se le revictimiza y si se le hace sentir que ella es un persona importante, si se le reconoce en su capacidad de poder cambiar su vida y porque merece vivir sin violencia. Es importante en este sentido considerar su necesidad de acompañamiento ante la gravedad de las lesiones presentadas, mediante el uso de referencias y contrarreferencias tanto a lo interno de las unidades de salud y/o con las instituciones u organizaciones que brindan servicios de atención a la violencia intrafamiliar y sexual disponibles en el territorio tales como: Medicina Forense, Comisarías de la Mujer y la Niñez, Policía Nacional, Sistema Judicial, Centros Alternativos de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia que brinden acompañamiento legal y/o atención psico-social a la violencia intrafamiliar y sexual, Ministerio de la Familia, Ministerio Público, Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia, Procuraduría de la Mujer, etc.

Norma 11

La historia clínica debe contar con un apartado definido para registrar de forma textual el motivo de consulta, subsecuencias, referencias y contrarreferencias, acompañamiento psicológico, atención especializada y seguimiento de las personas atendidas en la unidad de salud por violencia intrafamiliar y sexual. En ella se hará el registro de los datos solicitados en la entrevista realizada para elaborar el expediente (examen físico y exámenes complementarios), los cuales deben ser solicitados en forma clara y concisa y de igual manera proceder con los anexos y demás formularios clínicos y estadísticos.

Norma 12

El personal médico y psicológico forense del MINSA acreditados por la Corte Suprema de Justicia, deberán realizar sus peritajes conforme las guías, protocolos, formatos y diagramas ya definidos y elaboraran sus informes o dictámenes en los modelos establecidos por el Instituto de Medicina Legal. Debiendo el MINSA garantizar los materiales de reposición periódica necesarios para la preservación de las pruebas físicas de implicación legal (ropa, sangre, cabellos, líquidos corporales, etc.).

Norma 13

El personal de salud de acuerdo al trabajo en equipo multidisciplinario deberá asegurar el seguimiento a las personas afectadas por violencia intrafamiliar a fin de garantizar la continuidad de su atención, su recuperación emocional, desarrollo personal y psicosocial que contribuya a superar los traumas ocasionados por la vivencia de eventos de violencia. El seguimiento puede brindarse de acuerdo a los recursos humanos y materiales disponibles en cada unidad de salud, mediante consultas médicas subsecuentes, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupos de autoayuda, etc.

Norma 14

Atendiendo el nivel de exposición a constantes estados de tensión que enfrenta el personal de salud encargado de la atención directa a personas violentadas, el MINSA debe garantizar las condiciones materiales y sociales que contribuyan a la salud mental de este personal, su seguridad ocupacional y desarrollo humano mediante la facilitación de un proceso de auto-cuido orientado a mantener una constante revisión y reflexión personal sobre la propia situación de violencia vivida a lo largo de la historia personal de cada quien; reconocer la propia condición de violencia y la toma de conciencia de la propia vulnerabilidad como condición indispensable para superar el daño; reconocer los límites personales para la atención profesional y acompañamiento de aquellos casos de violencia que no es posible atender dado que superan la capacidad de los recursos personales, técnicos y éticos; contribuir a fortalecer el nivel de tolerancia a la frustración generada por los sentimientos provocados al no obtener el resultado deseado en la atención; contemplar la necesidad de asumir la referencia y contrarreferencia tanto dentro de la misma unidad de salud como hacia la referencia intersectorial; favorecer el entrenamiento en estrategias de afrontamiento del estrés; cuidar la propia estabilidad emocional con la perspectiva de que asumiéndolo con la responsabilidad requerida, de manera consciente y comprometida, el auto-cuido tiene impacto en la mejor calidad y efectividad del servicio de salud que se brinda a la población beneficiaria de la presente norma.

X. CAMPO DE APLICACIÓN Y POBLACIÓN UNIVERSO

El campo de aplicación de las Normas y Procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual, se realiza siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y de la Ley General de Salud que en el Capítulo IV, Sección II, Artículo 32 “De la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia” señala que “La Atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud”.

Se incluye aquí la atención que se brinda a la población afectada desde otros programas vinculantes con la salud de mujeres, niñez y adolescencia como son Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Planificación Familiar, Programas de Atención a enfermedades Crónicas, Programa de Atención al VIH/SIDA, etc.

La población universo que se verá beneficiada con la aplicación de la presente norma serán todas las personas, desde su etapa de niñez hasta la edad adulta mayor que asistan a la unidad de salud en demanda de servicios médicos por problemas de salud vinculados a la violencia intrafamiliar y sexual, mismas que deberán contar con la atención necesaria, se refieran o no de manera espontánea a estar sufriendo violencia intrafamiliar y sexual como motivo de consulta.

La aplicación de la presente norma es obligatoria en todos los casos circunstancias y condiciones que se confirme vivencia de violencia intrafamiliar y sexual en cualquiera de sus manifestaciones (física, emocional, económica y sexual), para lo cual se procederá a aplicar preguntas de tamizaje que permitan detectar la condición de salud que al respecto presenta la persona y desde la admisión realizar el registro adecuado para su atención en el área de salud correspondiente.

La atención integral a la violencia intrafamiliar y sexual demanda mayor implicación de los servicios y disciplinas como la medicina general e interna, enfermería, ginecología, psicología, geriatría, pediatría, ortopedia, salubridad, trabajo social, educación en salud para la prevención de la violencia y la promoción de estilos de vida saludables, respetuosos y en equidad. En el caso de las puestos de salud que no cuentan con equipos multidisciplinarios, el proceso de atención será brindado por el personal de salud básico, debiendo contar estos y todos los recursos humanos con un adecuado entrenamiento y sensibilización en la atención a este problema de salud pública.

EL Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), define los siguientes grupos de población por ciclo de vida, mismos que constituyen la población objeto de la presente norma:

Niñez

Este grupo inicia desde el momento del nacimiento y abarca a las personas hasta antes de cumplir los 10 años de edad. La niñez es el grupo de población más vulnerable que tiene la sociedad.

Períodos que abarcan la niñez y la importancia de cada uno de ellos:

Etapa embrionaria y fetal, la atención o cuidados de los y las niñas en este período se realizan a través de los controles prenatales a su madre. Este período concluye con el

nacimiento, momento a partir del cual la satisfacción de sus necesidades se hará de forma menos automática como lo hace en el vientre de la madre, por lo cual requiere de mayores cuidados.

Neonatal o de Recién Nacido/a, que comienza en el nacimiento y termina 28 días completos desde el nacimiento. Dentro de este período está el neonatal temprano que comprende hasta los 7 días completos después del nacimiento, período en el cual se manifiestan muchos problemas graves asociados a la atención del parto y la inmediata al mismo recién nacido²⁷.

Post-neonatal, que cursa desde los 29 días hasta antes de cumplir el primer año de vida, comúnmente los estadísticos le llaman los niños de cero años. Lactantes menores son los niños menores de un año, y es en este período de la vida en que ocurre la mayor mortalidad por causas evitables.

Pre-escolares, que comprende a los niños y niñas de 1 a 4 años, es muy importante para el desarrollo sano y el crecimiento adecuado de los mismos. Los Lactantes mayores pertenecen a este grupo, y son los niños de 2 a 3 años, es durante los primeros dos años de vida en que el peligro de desnutrición crónica acecha más al ser humano, es en este período donde se puede proteger de mejor manera el capital intelectual de las personas evitándoles las secuelas irreversibles que deja la desnutrición.

Escolar, que comprende a los niños y las niñas de 5 a 9 años de edad, es un período particularmente difícil para ellos ya que es cuando se presenta gran número de accidentes. La importancia de este período es la posibilidad de introducir y consolidar en ellos hábitos actitudes y prácticas que favorezcan su desarrollo.

El énfasis de la atención en este grupo poblacional se debe dirigir a la vigilancia del control de crecimiento y desarrollo del niño(a), la vigilancia alimentaría nutricional, la detección precoz y tratamiento oportuno a enfermedades prevalentes y la atención a la niñez en circunstancias difíciles.

Se debe tener en cuenta que es en la niñez en el período que se aprenden y consolidan muchos de los estilos de vida que serán reproducidos en la vida adulta y que serán determinantes en la situación de salud y enfermedad de cada persona y además que el principal vehículo de dicha formación es la familia, teniendo como apoyo importante a la escuela.

Adolescentes

Este grupo poblacional comprende a las personas de 10 a 19 años y en el se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, el embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental.

La adolescencia se manifiesta por características como el inicio de la maduración sexual, el desarrollo psicológico y la socialización. Los adolescentes son un grupo particularmente vulnerable que en su mayoría queda marginado tanto de la educación como del cuidado de la salud. Se identifican carencias de programas sociales que conduzcan a la adopción de estilos de vida saludables y adquisición de hábitos, actitudes y prácticas que favorezcan su desarrollo sano. Esto conlleva a riesgo y daño de gravedad presentes y futuros por la

²⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Vol. 2 Manual de instrucciones. Publicación Científica No. 554. Washington D. C. 1995. p 132.

morbilidad general no atendida, adicciones, prostitución, embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, violencia, delincuencia, etc. Tradicionalmente, se observa la poca importancia que se le da a esta etapa evolutiva en su proceso de crecimiento y desarrollo, así como el enfoque biológico de la prestación de los servicios. Esto limita la investigación de problemas importantes que en los adolescentes son de carácter psicosocial, así como la implementación de estrategias para la prevención primaria de los problemas que les aquejan y que están ligados a estilos de vida que se adoptan o consolidan.

Adulthood

Este grupo de edad comprende a las personas de 20 a 59 años, que debe ser dividido al menos en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59. La provisión de servicios debe dirigirse a la detección oportuna de factores de riesgo de problemas de salud priorizados en este grupo poblacional, así como acciones dirigidas a mejorar su salud sexual y reproductiva. Se trata de un grupo en edad productiva y reproductiva cuyos problemas de salud son originados en edades tempranas fundamentalmente por hábitos y estilos de vida poco saludable, accidentes laborales y exposición a factores ambientales cuyos efectos solo se detectan después de largo período, lo que impone severas exigencias para su atención.

La atención dirigida a los adultos debe desarrollar el enfoque de prevención y promoción de la salud, que imprima a la atención curativa el carácter preventivo del modelo de atención integral en salud y evite la progresión de la enfermedad o la aparición de daños. Generalmente, la atención está centrada en la persona fuera de su medio ambiente y en muchas ocasiones en la atención solo de la enfermedad, que contribuye a la desintegración del proceso de atención en este grupo etáreo.

Con respecto a las mujeres, tradicionalmente la prioridad se dirige a garantizar la atención en la etapa de la maternidad, obviando aquellos problemas que se derivan de su rol social y familiar, así como su necesidad de realización más allá de su función de madre. Es necesario abordar además de los problemas físicos en la mujer, aquellos relacionados con los ajustes psicosociales y su integralidad sexual y reproductiva.

Adults/older adults

Este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el/la adulto/a mayor necesita vivir con dignidad, y conservar la máxima capacidad funcional posible, independientemente del entorno en que se brinde la asistencia. La asistencia debe centrarse no sólo en la persona adulta mayor, sino en la familia y la comunidad, paralelamente a la labor de las instituciones pertinentes involucradas. En esta etapa de la vida se dará énfasis a las acciones preventivas, de tal forma que permita reducir las crisis psicológicas como jubilación, pérdida de capacidades y adaptación, dependencia, nido vacío, autoestima así como complicaciones generadas por las enfermedades no transmisibles, que permita dar una atención integral, que brinden los cuidados y que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

XI. CARACTERÍSTICA DEL SERVICIO

En este capítulo se indican los requerimientos materiales y de recursos humanos para la adecuada aplicación de la norma; también se definen los procesos, técnicas y procedimientos que deben ser cumplidos por el personal de salud para garantizar la atención con la calidad técnica esperada, según sea el caso, en el nivel de complejidad que amerite ser atendida la población afectada por violencia intrafamiliar y sexual.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), contempla principios básicos orientados a mejorar la calidad de los servicios de salud de calidad tales como:

Accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc. que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de las personas, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

Integralidad donde la persona es concebida como un ser biosicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea en busca de soluciones integrales de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud asegurando que los distintos servicios se brinden en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo demanden, lo cual requiere que se identifique las necesidades de salud de la población, sus factores de riesgo y protectores, existentes en sí mismos, sus familias y comunidades; así como los recursos teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales.

Longitudinalidad que define la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y usuarios del servicio de salud. Esto implica que existe un lugar, una persona o un equipo de trabajo que le provee atención a los usuarios a lo largo del tiempo, sea para acciones de prevención o de diagnóstico y tratamiento, brindando regularmente atención centrada en la persona.

Coordinación entre los niveles de atención en salud organizado en redes de servicios y con establecimientos de salud de complejidades diversas y con identificación clara de la población a atender, la cual puede acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud. La coordinación es la base de la articulación de los servicios y es un reto para el personal proveedor de servicios de salud, puesto que impacta en la accesibilidad, y continuidad de la atención, tanto por los múltiples motivos de las referencias que se deseen realizar, como por las dificultades técnicas de identificación de la información procedente de lugares distintos y debe evolucionar hacia nuevas formas de atención compartida entre profesionales de diferentes perfiles, grado de especialización, ubicados en establecimientos de diferentes niveles de atención.

Así mismo el proceso de atención de la violencia intrafamiliar y sexual se desarrollará en los tres escenarios de la atención en salud definidos por el (MAIS) y estará centrado en el desarrollo sano de la persona según su grupo étnico y sus necesidades; en la atención a la familia para conocer los factores psicosociales que desde este espacio inciden sobre las formas de relación entre los miembros de la familia y los modelos de resolución de

conflictos entre ellos y ellas; atención centrada en la comunidad en tanto espacio donde es posible encontrar recursos de apoyo a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual y los elementos de la vida comunitaria útiles para garantizar su participación en acciones educativas de prevención y promoción de nuevos estilos de relación en la familia.

PROCESO DE ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

Atendiendo los principios arriba definidos, a continuación se señala el proceso a desarrollar para brindar atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.

El modelo de atención integral a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, requiere de la organización de los servicios de salud en dependencia de la complejidad y del nivel de intervención en el que se encuentren. Sus aspectos fundamentales para garantizar atención con calidad y calidez incluye la Detección, Prevención, Atención, Rehabilitación y Promoción de estilos relaciones familiares saludables basadas en el respeto, el amor y la solidaridad entre sus miembros.

En este sentido toda intervención incluye por lo menos tres componentes básicos tales como la realización de una evaluación integral de la situación, la identificación de todos los problemas vinculados a la situación de violencia sufrida por la persona consultante y la planificación de un programa de intervención que pueda acomodarse a las necesidades cambiantes de las persona afectada por violencia intrafamiliar y sexual. De igual manera es importante considerar los siguientes enfoques: Interdisciplinariedad, Intesectorialidad, Equidad de género y generacional y Enfoque de riesgo.

La Interdisciplinariedad para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual exige trabajo en equipo de todas aquellas disciplinas que por sus áreas de intervención realicen acciones comunes orientadas a brindar un abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual, mismas que pueden ser tanto en el ámbito de los servicios de salud como de otros servicios que no se brindan en las unidades de salud (acompañamiento legal, atención policial, atención psico-social, etc.).

La Intesectorialidad implica el trabajo coordinado con todos los sectores sociales involucrados en garantizar la intervención oportuna, eficaz, de calidad y con calidez capaces de generar cambios positivos tanto en la persona, como en la familia y comunidad, con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual y la promoción de estilos de vida saludables. En este sentido la coordinación interinstitucional e intersectorial puede establecerse mediante la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, otras instituciones del estado y la sociedad civil.

La Equidad de Género y Generacional permite identificar los factores que contribuyen a crear y establecer las inequidades en la sociedad, en la comunidad y entre los miembros de la familia; así como desarrollar estrategias dirigidas a desmontar los mitos y prejuicios que pretenden justificar la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones tanto en el ámbito privado como público, dirigida hacia las mujeres, niñas y adultas basadas en su género o bien hacia la niñez, la adolescencia en general, y a las personas de la tercera edad.

El Enfoque de Riesgo, es una herramienta de análisis de salud pública que permite conocer los diferentes grados de probabilidad que las personas, grupos o familias tienen de estar

expuestos a contraer determinados problemas de salud, así mismo permite diseñar intervenciones de acuerdo a las necesidades y prioridades de las personas afectadas y contribuye a evidenciar a los grupos mas vulnerables, en este caso, con relación a los hechos de la violencia intrafamiliar y sexual.

Tanto el enfoque de equidad de género y generacional, como el enfoque de riesgo contribuyen a comprender que la vulnerabilidad ante la violencia está relacionada con la violación de los derechos humanos, la falta de protección legal, el abuso de poder entre miembros de la familia, el daño físico y psicológico provocado a la persona que la sufre; razón por la cual estos ejes de la atención integral a la violencia intrafamiliar y sexual deben traducirse en acciones biomédicas, psicológicas, legales y sociales para ser desarrolladas por las instituciones de salud en coordinación con otras instituciones del estado y la sociedad civil.






Todo lo anterior se enmarca en un proceso que comprende los niveles de atención definidos en los servicios de salud con que cuenta el MINSA. En este sentido el personal de salud va a realizar tanto en los puestos, centros de salud, hospitales departamentales como en los hospitales de referencia nacional, acciones que faciliten la detección de la violencia intrafamiliar y sexual, puede realizar intervención en crisis, valoración de riesgo, contención, fortalecimiento, orientación y referencia.

Es importante establecer la diferencia de los procedimientos en casos de atención a personas adultas particularmente mujeres afectadas por violencia de pareja y los procedimientos de atención a la niñez y adolescencia víctima de cualquier tipo de violencia o abuso cometida contra ellos/as.

ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS AFECTADAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL, EN ESPECIAL A MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA DE PAREJA

El recurso de salud que brinde atención a personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual deberá estar sensibilizado en el tema y contar con debido entrenamiento y actualización para brindar la atención adecuada a las personas consultantes.

El objetivo fundamental de la atención a personas adultas particularmente mujeres afectadas por violencia de pareja es contribuir a su empoderamiento personal a fin de que ellas puedan tomar decisiones, respetando el proceso y ritmo personal de cada mujer, sobretodo en su deseo de denunciar o no la agresión sufrida, por lo tanto no es conveniente forzarla a realizar algo para lo cual aún no está preparada. La efectividad de la intervención en salud que se realice puede traducirse en que la mujer continúe su proceso de atención y se mantenga dentro de la ruta crítica que la lleve a romper el ciclo de violencia en el que se encuentra atrapada. El proceso comprende los siguientes componentes:

-  Ingreso de la persona afectada a la unidad de salud.
-  Detección en la consulta, programa y/o servicio de emergencia.
-  Evaluación de riesgo y establecimiento de medidas de seguridad.
-  Fortalecimiento y Orientación
-  Referencia, Seguimiento y Acompañamiento.

INGRESO DE LA PERSONA AFECTADA A LA UNIDAD DE SALUD

El proceso de atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar inicia con su llegada a la unidad de salud en demanda de los servicios médicos generales o especializados en el cual debe tomarse en cuenta que las mujeres llegan a los servicios de salud presentando diferentes afectaciones físicas y/o psicológicas, que pueden ser indicadoras de una situación de violencia inicial o subsecuente.

Lo anterior obliga al personal encargado de la primera atención, anotar en el expediente clínico, además de los datos generales, las condiciones en que la persona llega a demandar los servicios de salud, debiendo observar además que pueden llegar por decisión personal, acompañada por su pareja que a su vez puede ser el agresor, un familiar, pueden llegar referidas por otros servicios o bien por la policía, otras instituciones o centros alternativos.

- Registrar textualmente el motivo de consulta que exprese la persona a fin de visibilizar la violencia como un problema de salud pública, para el seguimiento al proceso de atención, y de esta manera contar con un registro documental que apoye las posibles acciones judiciales que se emprendan, para ello es necesario levantar la historia clínica que rutinariamente se lleva a cada caso además de registrar en el expediente clínico, anotar en la ficha de registro y seguimiento de personas afectadas por violencia.
- Registrar las sub-secuencias de atención en la unidad de salud, incluyendo los resultados de pruebas, análisis clínicos, evaluación de lesiones y de estado psicológico de la persona.
- Reporte las condiciones en que se presenta: heridas, golpes, contusiones, sangrando, temerosa, llorosa, afecto aplanado, deprimida o muy agitada, con alguna discapacidad, enfermedad crónica, ...).
- Señale el siguiente paso de la atención (tratamiento, referencia, alta, seguimiento, cita abierta, referencia, etc); así mismo registre la respuesta de la persona al ofrecimiento de las alternativas de atención brindadas por la unidad de salud.
- Indique los servicios o centros de donde viene referida tales como: Policía Nacional, Comisaría de la Mujer, Centro Alternativo, Partera, Brigadista de Salud, Promotores, Líderes Comunitarias, etc.
- En compañía de quien llega (agresor, familiar, pareja, si llega por decisión personal, etc.).
- Este personal por ser la puerta de entrada en la Unidad de Salud debe extremar cuidados en la no revictimización. Así como guardar la estricta confidencialidad en el resguardo del expediente clínico pues un descuido en este aspecto puede poner a la persona en peligro de mayores agresiones.

DETECCIÓN EN LA CONSULTA, PROGRAMA Y/O SERVICIO DE EMERGENCIA

- La Detección de los indicadores de violencia es responsabilidad del Médico o Médica Consultante, Psicóloga, Psiquiatra, Trabajadora Social, Enfermera, Auxiliar de Enfermería ó Personal Médico de las Áreas de Emergencia de los Hospitales, Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia y otros programas (CPN, ITS VIH/SIDA, CNS, etc.).

Esta función es facilitada cuando la persona llega referida de otros servicios y el informe del caso comprende elementos valorativos de sus afectaciones o condición de salud.

- La detección debe hacerse al inicio, durante o al final de la consulta, llenando el cuestionario del tamizaje, cuyas preguntas facilitan su identificación al verificar los indicadores físicos o psicológicos del tipo de violencia y si la situación de crisis lo amerita es importante dar prioridad a intervención en crisis²⁸.
- El recurso de salud que haga la detección además de reportar a vigilancia epidemiológica el dato, debe referirla al punto focal de atención destinado en la unidad de salud para la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- La entrevista se realizará en un espacio destinado para este efecto y deberá contar privacidad, adecuada ventilación e iluminación; en el cual se pueda sentir en un ambiente de confianza y de comunicación asertiva que garantice la confidencialidad.
- Como reglas generales de esta primera intervención se recomienda, escucha empática, preguntar de forma directa utilizando expresiones de ¿Cómo sucedieron?, ¿Cuándo?, ¿De que manera? ¿Dónde?, ¿Qué pasó?, ¿Quién? Y no utilizar la expresión ¿Por Qué? ya esta revictimizante; no juzgar, brindarle apoyo, contención, permitir la expresión de dolor, llanto, ansiedad, enojo, miedo y de todo lo que está sintiendo para luego aclarar sentimientos, desculpabilizar, dar credibilidad a su relato de los hechos, no minimizar la situación, bajo ninguna circunstancia dudar ni insinuar que está mintiendo, no amenazar con negarle ayuda en otra ocasión, y expresarle que siempre que necesite apoyo puede volver a la unidad de salud asegurándole la confidencialidad estricta sobre su situación. Si considera necesario, puede detener la entrevista para facilitar que ella se calme, abstenerse a pasar un vaso con agua, y una vez que se haya calmado es oportuno expresarle positividad, estimular su valentía al buscar ayuda para empezar un proceso de atención y respetar sus decisiones.
- En el caso que la persona presente heridas o se encuentre en estado inconsciente dar prioridad a la atención de sus lesiones, facilitar su estabilidad y si es necesario derivarla a segundo nivel de atención.

EVALUACION DE RIESGO Y ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Es importante evaluar el grado de gravedad de la violencia que está viviendo tanto la persona consultante como los demás miembros de la familia, se trata, también de evaluar el grado de peligrosidad²⁹ del agresor, para de esta manera prevenir mayores daños, prevenir nuevos eventos de violencia, buscar alternativas de protección y seguridad con recursos familiares, amistades o albergues existentes en el territorio, según sea la decisión de ella.
- Tan riesgoso es la constante intimidación como los incidentes agudos de violencia que colocan a la persona en condiciones de riesgos leves o graves que por razones culturales y de inequidad de género se tienden a minimizar, negar y/o justificar el daño tanto de parte de la persona afectada directamente como de quienes le

²⁸ Ver Glosario

²⁹ Ver Glosario

acompañan. Es importante tener en cuenta que todas las relaciones de agresión son riesgosas y estas pueden llegar a dañar la salud por sus efectos discapacitantes, homicidio y hasta suicidio.

- Al evaluar un alto grado de riesgo es imprescindible mostrar a la persona tanto su vulnerabilidad como sus fortalezas y orientar esta últimas a la elaboración de un plan de seguridad³⁰ que incluya ayuda para ella y los miembros de su familia en peligro. Tomar en cuenta que las personas agredidas corren más peligro, principalmente de homicidio, al momento que deciden denunciar o buscar ayuda, por ello es importante valorar incluso su salida de la unidad de salud. Recordar también que los criterios de la persona afectada por violencia son de mucha utilidad para valorar el riesgo que corre pues es ella quien mejor conoce el nivel de agresividad y peligrosidad de su agresor y cómo puede protegerse mejor, por lo tanto no minimice esta situación.

FORTALECIMIENTO Y ORIENTACIÓN

- El Fortalecimiento y Orientación tienen como objetivo llevar a la persona afectada por violencia a reconocer sus propios poderes personales, familiares, amistosos y comunitarios, así como brindarle toda la información acerca de las diversas alternativas médicas, legales, policiales, psicológicas más con que cuenta y donde puede acudir para ser atendida y orientarla hacia el encuentro de la mejor alternativa que ella decida para hacerle frente a su condición de salud mental y física en que se encuentra reconociendo que es un proceso largo, animándola a seguir adelante y no abandonar la Ruta Crítica.
- A la persona afectada por violencia le fortalece conocer a detalle las leyes que la protegen y la importancia de hacer uso de sus derechos como ser humano y como ciudadana que merece vivir una vida sin violencia, por lo tanto una buena orientación jurídica incluye la posibilidad de realizar denuncia por esto es importante brindarle información sobre la Ley 230, Ley 150, Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley de Alimentos, la Ley de Divorcio Unilateral y la Ley de Relaciones con Hijos e Hijas, los artículos contemplados en el Código Procesal Penal que penalizan los delitos sexuales.

REFERENCIA, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO

- Es de mucha ayuda ofrecer acompañamiento y/o referencias, ya sea dentro de la misma unidad o a las instituciones u organizaciones de la Sociedad Civil que brindan servicios de atención a la violencia intrafamiliar y sexual disponibles en el territorio tales como: Medicina Forense, Comisarías de la Mujer y la Niñez, Policía Nacional, Sistema Judicial, Centros Alternativos de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia que brinden acompañamiento legal y/o atención psico-social a la violencia intrafamiliar y sexual, Ministerio de la Familia, Ministerio Público, Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia, Procuraduría de la Mujer, etc.
- Para una adecuada referencia y contrarreferencia es imprescindible establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales y así disponer de los servicios

³⁰ Ver Glosario

necesarios para la atención especializada y oportuna que ameriten las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.

- Los servicios de salud deben contar con material informativo y orientador acerca de los servicios de atención, teléfonos y dirección de centros alternativos de atención a la violencia intrafamiliar y sexual existentes en el territorio cercano a la unidad de salud para recibir atención especializada la cual también pueden ser brindada por los servicios de segundo y tercer nivel de atención del MINSA.
- El seguimiento tiene como fin conocer la efectividad del tratamiento, sus avances y asumir la atención integral como un proceso en el cual todas las intervenciones van dirigidas a propiciar la recuperación física y emocional de la persona quien va ir paulatinamente asumiendo el protagonismo de su propia vida y los logros que denotan mayor auto-cuido, independencia, autonomía y empoderamiento personal, político y económico.
- Las intervenciones de seguimiento pueden ser brindadas tanto en consulta médica como en la psicológica, esta última puede ser mediante la consulta individual o grupal, para la cual los grupos de auto-ayuda son una buena alternativa siempre y cuando la persona acepte esta propuesta como viable para ella.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

El abordaje integral de la violencia intrafamiliar requiere del desarrollo de acciones de prevención, entendiendo la prevención en salud como el conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones y organizaciones de salud, las que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como reducir las complicaciones y/o las secuelas de discapacidad

En el caso de la prevención de la violencia intrafamiliar puede darse de la siguiente manera:

Prevención Primaria: comprende intervenciones educativas dirigidas a prevenir el evento de violencia antes de ésta ocurra mediante la promoción de estilos de vida diferentes y nuevas formas de relación entre los hombre y las mujeres, relaciones interpersonales, entre los miembros de la familia y miembros de la comunidad basadas en el respeto, la equidad de género, las responsabilidades compartidas, el desarrollo de la afectividad, la resolución pacífica de conflictos, etc.

Prevención Secundaria: comprende medidas centradas en las respuestas mas inmediatas a la violencia como la atención que se brindan en las unidades de salud donde se previene la escalada del daño a través de la valoración del riesgo, el proceso de toma de decisiones, la orientación e información medidas de protección y seguridad para la persona, etc.

Prevención Terciaria: comprende intervenciones centradas en al atención a mas largo plazo con posterioridad a los eventos de violencia como la rehabilitación e intentos por reducir los traumas físicos y emocionales asociados a la violencia.

ATENCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA AFECTADAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

El objetivo fundamental de la atención a la niñez y a la adolescencia afectada por la violencia intrafamiliar y sexual es identificar, detectar y atender de manera integral y con

enfoque de derecho a esta población infantil y adolescente orientado a garantizarle su disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental tanto en la prevención, atención y rehabilitación mediante la coordinación intersectorial e interinstitucional teniendo como fin último la protección especial (médica, psicosocial, jurídica, etc), de este grupo afectado por violencia intrafamiliar y sexual, sobre la base de la responsabilidad social compartida, y conforme a las leyes, políticas y planes al respecto existentes en el país.

Los principios básicos de la atención para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las niñas, niños y adolescentes afectados por violencia intrafamiliar y sexual son: Partir del interés superior del niño, reconocerles como sujeto de derecho y sujeto social, reconocimiento y respeto de los roles y responsabilidades tanto de los sujetos, de la familia, de la comunidad y de las instituciones, aplicación temporal de las medidas de protección especial y su naturaleza procesal, respeto a la privacidad, garantizar la profesionalidad de la atención, entre otros.

La Ruta de atención entendida como el proceso de aplicación de todas las medidas orientadas a brindar protección especial para niñas, niños y adolescentes sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual define las acciones a realizar por los prestadores de servicios incluye: Identificación e Ingreso del Niño, Niña o Adolescente a la unidad de salud, Detección en la consulta, programa y/o servicio de emergencia, Evaluación de Riesgo y Establecimiento de Medidas de Seguridad, Fortalecimiento y Orientación, Referencia, Seguimiento y Acompañamiento.

- ☉ Identificación e Ingreso del Niño, Niña o Adolescente a la unidad de salud.
- ☉ Detección en la consulta, programa y/o servicio de emergencia.
- ☉ Evaluación de Riesgo y Establecimiento de Medidas de Seguridad.
- ☉ Fortalecimiento y Orientación.
- ☉ Referencia, Seguimiento y Acompañamiento.

IDENTIFICACIÓN E INGRESO DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE A LA UNIDAD DE SALUD

El objetivo de este momento es lograr que la niña, niño o adolescente perciba que la atención que se le ofrece es en su beneficio, que se le acepta, no se le juzga, condena o estigmatiza. Que se está dispuesto a creerle, a escucharle y a apoyarle para enfrentar lo que está viviendo. Hay que tomar en cuenta que en estos casos hay edades desde 1 hasta 18 años no cumplidos, por lo tanto las formas de lograr las condiciones anteriormente señaladas variarán conforme a ello por lo cual es fundamental tomar muy en cuenta la importancia del establecimiento de confianza y seguridad, así como utilizar técnicas de comunicación efectiva, usar lenguaje sencillo (acorde a su edad, nivel de escolaridad, etc) que le desculpabilicen de lo sucedido y le hagan sentir aceptado/a.

Durante esta primera entrevista es importante además de registrar los datos generales y de registrar con detalle todos y cada uno de los indicadores de su física y estado emocional de la niña, niño o adolescente afectado por la violencia intrafamiliar, quienes pueden llegar por decisión personal, acompañados/as por un familiar, referidos/as por otros servicios o bien

por la policía, otras instituciones o centros alternativos que trabajan con la niñez y la adolescencia.

Es importante tomar en cuenta que gran parte de esta población puede estar en situación de Explotación Sexual Comercial que es un delito tipificado así en el Código Penal. Esto implica que además de registrarlo atendiendo lo definido en el Arto. 220 del Código de la Niñez y la Adolescencia reportando el caso al responsable de la unidad de salud quien pondrá en conocimiento al Ministerio de la Familia como institución rectora de la aplicación de la Política de Protección Especial a la Niñez y Adolescencia víctima de violencia intrafamiliar y sexual, así como a la Policía Nacional, y/o a los Juzgados. En los casos que se encuentre en riesgo la vida del menor, el personal de salud deberá dar prioridad a la atención médica propiamente dicha.

El personal de salud encargado de la primera atención debe:

- Registrar las sub-secuencias de atención en la unidad de salud, incluyendo los resultados de pruebas, análisis clínicos, evaluación de lesiones y de su estado psicológico; así como preservar todo lo que tenga valor de prueba frente a posible proceso judicial.
- Señalar el siguiente paso de la atención (tratamiento, referencia, alta, seguimiento, cita abierta, referencia, etc); así mismo registre la respuesta ante el ofrecimiento de las alternativas de atención brindadas por la unidad de salud, es posible que la intimidación en que se encuentra no le permita identificar el riesgo en que se encuentra su salud y/o su vida.
- Indicar los servicios o centros de donde viene referida tales como: Policía Nacional, Comisaría de la Mujer, Centro Alternativo, Partera, Brigadista de Salud, Promotores, Referentes Comunitarios, etc; así como en compañía de quien llega (familiar, agresor, si llega por decisión personal, etc.).
- Extremar cuidados en la no revictimización garantizando no interrogarle en demasiadas ocasiones sobre la situación vivida, y guardar la estricta confidencialidad en el resguardo del expediente clínico.

DETECCIÓN EN LA CONSULTA, PROGRAMA Y/O SERVICIO DE EMERGENCIA

En el caso de la Niñez y Adolescencia afectada por Violencia Intrafamiliar y Sexual durante el momento de detección puede requerir de realizar una intervención en crisis³¹ debido principalmente a que para ellas y ellos el momento de revelación, sea reciente o de hace tiempo, les significa la reedición de lo doloroso y traumático de la situación de violencia sufrida y pueden experimentar culpa o miedo producto de las amenazas, chantaje, manipulación y seducción de parte del abusador/a. Esta situación se agudiza cuando la persona abusadora es un familiar cercano en los afectos y en primer grado de consanguinidad.

El personal de salud encargado de la primera atención debe:

³¹ Ver Glosario.

- Detectar los indicadores de violencia en la niñez y adolescencia es responsabilidad del Médico o Médica Consultante, Pediatra, Ortopeda, Psicóloga, Psiquiatra, Trabajadora Social, Enfermera, Auxiliar de Enfermería ó Personal Médico de las Áreas de Emergencia de los Hospitales, Programas de Salud Sexual y Reproductiva, particularmente el de ITS y VIH/SIDA, Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia y otros programas. Esta función es facilitada cuando esta población infantil y adolescente llega referida de otros servicios y el informe de su caso comprende elementos valorativos de sus afectaciones o condición de salud.
- Al inicio, durante o al final de la consulta, llenar el cuestionario del tamizaje, cuyas preguntas facilitan su identificación al verificar los indicadores físicos o psicológicos del tipo de violencia y si la situación de crisis lo amerita es importante dar prioridad a intervención en crisis.
- Realizar la entrevista en un espacio destinado para este efecto, el cual deberá contar con privacidad, adecuada ventilación, limpio e iluminado; en el cual se pueda sentir en un ambiente de confianza y de comunicación asertiva que garantice la confidencialidad.
- Atender las reglas generales de toda primera intervención y brindar la atención con escucha empática, preguntar de forma directa utilizando expresiones de ¿Cómo sucedieron?, ¿Cuándo?, ¿De que manera? ¿Dónde?, ¿Qué pasó?, ¿Quién? Y no utilizar la expresión ¿Por Qué? ya esta revictimizante; no juzgar, brindar apoyo, contención, permitir la expresión de dolor, llanto, ansiedad, enojo, miedo y de todo lo que está sintiendo para luego aclarar sentimientos, desculpabilizar, dar credibilidad a su relato de los hechos, no minimizar la situación, bajo ninguna circunstancia dudar ni insinuar que la niña, niño o adolescente está mintiendo, no amenazar con negarle ayuda en otra ocasión, y expresarle apoyo incondicional, asegurándole la confidencialidad estricta sobre su situación. Si considera necesario, puede detener la entrevista para facilitar que baje su ansiedad, abstenerse a pasar un vaso con agua, y una vez que se haya calmado es oportuno expresarle positividad, estimular su valentía al buscar ayuda para empezar un proceso de atención.

EVALUACIÓN DE RIESGO Y ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Para evaluar la situación de riesgo y lograr las medidas de seguridad adecuadas a cada caso que proteja a la niñez y adolescencia afectada por violencia intrafamiliar y sexual, es importante tomar en cuenta tanto su propia opinión acerca del peligro que le rodea, como el criterio de la persona adulta que le acompaña, siempre y cuando ésta fuente sea confiable.

El personal de salud encargado de la atención a la niñez y adolescencia violentada debe:

- Evaluar el nivel de gravedad de la violencia que está viviendo la niña, niño o adolescente y también valorar el grado de peligrosidad³² del agresor, para de esta manera prevenir mayores daños, prevenir nuevos eventos de violencia, buscar alternativas de protección y seguridad.
- Al encontrar que la niña, niño o adolescente enfrenta un alto grado de riesgo es imprescindible mostrarle tanto su vulnerabilidad como sus fortalezas y orientar esta

³² Ver Glosario

últimas a la elaboración de un plan de seguridad³³ que incluya su reubicación en un lugar donde contará con todas las atenciones y protección que se merece, lejos del poder de la persona agresora.

- En los casos cuando ya es de conocimiento de la autoridad administrativa o policial y se valora que la integridad de la niña, niño o adolescente se encuentra en alto riesgo se deberá inmediatamente aplicar las Medidas de Defensa, Medidas de Resguardo y Protección, Medidas de Seguridad Pública, retirándola/o del lugar donde se encuentre ubicándolo/a en un Centro de Protección u Hogar Sustituto Profesional.
- Tomar en cuenta el peligro de posible homicidio que enfrenta de parte de su agresor por haber tomado la decisión de denunciar o buscar ayuda, por ello es importante valorar las medidas de seguridad, incluso su salida de la unidad de salud.
- Realizar algunas preguntas exploratorias para valorar el nivel de riesgo son: ¿Han realizado amenazas de muerte o chantajes para mantener en silencio el abuso o violencia?; ¿Han usado armas o amenazado con usarlas si es denunciado?; ¿Esta persona acostumbra agredir física, sexual o verbalmente a otros miembros de la familia?; ¿Hay otras niñas, niños o adolescentes en el lugar donde habita que puedan estar en riesgo de ser abusadas o podrían estar siendo violentadas por la misma persona?; ¿La persona abusadora ingiere licor, drogas o tiene antecedentes de haber cometido otros actos delictivos?; ¿Habitar el mismo lugar de la persona abusadora le hace sentir insegura, temerosa, en peligro?. La respuesta positiva de al menos una de estas preguntas puede indicar el nivel de riesgo y peligro en el que se encuentra la niña, niño o adolescente.
- Realizar también algunas preguntas para identificar factores protectores que faciliten la formulación de las medidas de seguridad pertinentes; estas preguntas pueden ser: ¿Qué personas de su familia que pueden apoyarle?; ¿Alguna persona de su comunidad, puede apoyarle en caso de necesitar albergue temporal?; ¿Qué otras personas podrían ser identificadas como posible apoyo para ella en caso de tener que hacer uso de las Medidas de Defensa, Medidas de Resguardo y Protección, Medidas de Seguridad Pública y eventualmente ser ubicada/o en un Centro de Protección u Hogar Sustituto Profesional.
- En el caso de niñas, niños o adolescentes que hayan sido víctima de delitos sexuales lo cual pone en riesgo su salud sexual y salud reproductiva es necesario realizar exámenes para detectar alguna ITS y/o el VIH/SIDA; así como prueba de embarazo dada las implicaciones de mayor riesgo, que esto tiene para su vida.

FORTALECIMIENTO Y ORIENTACIÓN

El Fortalecimiento y la Orientación en estos casos consiste en proporcionar información acerca de la situación dolorosa que le ha tocado vivir a la niña, niño, adolescente afectada por violencia intrafamiliar y sexual; las secuelas traumáticas y las alternativas de tratamiento médico y psicológico que va a necesitar; así como acompañamiento jurídico y la identificación de los recursos de apoyo, personal, familiar y local con que cuenta, mismos que pueden ser de utilidad para referir aquellos casos que lo ameriten.

³³ Ver Glosario

El personal de salud encargado del fortalecimiento y orientación a la niñez y adolescencia violentada debe:

- Dirigir su intervención hacia el empoderamiento personal, esto significa que es importante trabajar para restablecer su autoestima, rescatar el poder de su palabra en tanto es un recurso personal para denunciar, señalar con nombres y apellidos a la persona abusadora, liberarse de la culpa social y familiar que suelen señalarla de manera injusta, pues el verdadero culpable es quien le causó daño ejerciendo violencia contra su persona. En este sentido es importante subrayar que nada de lo que haya hecho el niño, la niña o el adolescente justifica que le hayan tratado con violencia.
- Crear un ambiente que propicie la confianza; la credibilidad en los hechos narrados o descritos por la víctima, aun cuando estos puedan parecer sin sentido o no tengan secuencia lógica; también debe brindar apoyo incondicional, de aliento y estímulo para continuar adelante y mantenerse en la ruta crítica, destacándole la necesidad de asistir a su proceso de recuperación emocional con acompañamiento psicoterapéutico para que su vida futura no se vea afectada por el impacto de la situación dolorosa y traumática sufrida.
- Estar consciente de que orientar no es sinónimo de tomar decisiones por ellos o ellas, ya que posiblemente producto de su condición dependiente y por la intimidación ejercida por el abusador la niña, niño o adolescente, puede encontrarse en estado de confusión y corresponde entonces, abordarle con paciencia, respeto y sin juzgar.
- Tomar en cuenta que para brindarle orientación adecuada y facilitar su fortalecimiento a este importante grupo de población es imprescindible el dominio del Código de la Niñez y la Adolescencia pues su aplicación en estos casos es de carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud en el país.

REFERENCIA, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO

El personal de salud encargado de la referencia, seguimiento y acompañamiento a la niñez y adolescencia violentada debe:

- Además de la atención inmediata, ofrecer acompañamiento y/o referencias, ya sea dentro de la misma unidad a cualquiera de los servicios especializados en salud que sean necesarios; esto puede hacerse utilizando tanto los recursos que ofrece el Ministerio de Salud en sus tres niveles de atención o a las instituciones u organizaciones de la Sociedad Civil que brindan servicios de atención a la violencia intrafamiliar y sexual disponibles en el territorio tales como: Ministerio de la Familia, Medicina Forense, Policía Nacional, Comisarías de la Mujer y la Niñez, Centros Alternativos que brindan acompañamiento legal y/o atención médica y psico-social a la Niñez y Adolescencia afectada por violencia intrafamiliar y delitos sexuales cometidos contra ellos, Ministerio Público, Sistema Judicial, Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia, etc.
- Informar sin tardanza al director o responsable de la Unidad de Salud como la primera autoridad dentro del sistema de salud que debe remitir los casos de niños, niñas y adolescentes que así lo ameriten, al Ministerio Público y a la Policía

Nacional para su debido proceso legal dando cumplimiento al artículo 220 del Código de la Niñez y la Adolescencia.

- Establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales y así disponer de los servicios necesarios para la atención especializada y oportuna que ameriten la Niñez y la Adolescencia afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- Contar con material informativo y orientador acerca de los servicios de atención, teléfonos y dirección de los recursos existentes en el territorio cercano a la unidad de salud y a nivel nacional donde se pueda derivar a esta población para recibir atención especializada la cual también pueden ser brindada también por los servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención del MINSA.
- Las intervenciones de seguimiento pueden ser brindadas tanto en consulta médica como en la psicológica, esta última puede ser mediante la consulta individual o grupal, para la cual los grupos de auto-ayuda con enfoque lúdico y sistémico son una buena alternativa siempre y cuando las niñas, niños y adolescentes acepten esta propuesta psicoterapéutica como viable para ellas y ellos. El seguimiento tiene como fin conocer la efectividad del tratamiento, sus avances y asumir la atención integral como un proceso en el cual todas las intervenciones van dirigidas a propiciar la recuperación física y emocional de la niñez y adolescencia quienes paulatinamente irán asumiendo el protagonismo de su vida y logros personales que denoten mayor auto-cuido, independencia, autonomía y empoderamiento.

RESULTADO ESPERADO

Al final del proceso y como resultado de los servicios brindados se puede contar con una persona ya sea niña, niño, adolescente o adulta, más segura de sí misma, con conciencia de su condición de sobreviviente de violencia, comprometida a mantenerse en los servicios de salud hasta alcanzar un mayor empoderamiento personal que le permitan buscar ayuda cuando lo considere necesario, mayor independencia, autonomía y la conciencia necesaria para darse cuenta que merece vivir sin violencia. Su actuación en consecuencia de estos avances, es el principal indicador de que se encuentra recuperada física y psicológicamente y por lo tanto el personal de salud encargado de la atención directa e indirecta de las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, debe enfocar sus intervenciones hacia el abordaje integral, con calidad y calidez a la población afectada por violencia intrafamiliar y sexual.

XII. REQUERIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos Humanos

La atención de la violencia intrafamiliar y sexual requiere de un abordaje integral, basado en principios éticos y de actuación que pauten el ejercicio profesional del personal de salud:

- ✓ Nada, absolutamente nada justifica el uso de la violencia.
- ✓ La violencia es total responsabilidad de quien la comete.
- ✓ La violencia intrafamiliar y sexual es un problema de salud pública y un delito, cuya abordaje integral cuenta con el marco jurídico para brindar atención oportuna con calidad y calidez, efectividad y eficacia a las personas que la padecen.
- ✓ El personal de salud encargado de brindar atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual deberá:
 - Contar con sensibilización y capacitación en el abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual;
 - Tener disposición a atender este tipo de problemática; brindar atención con calidad y calidez del servicio;
 - Poseer un sentido de respeto y actitud de no discriminación ni prejuicios hacia las personas independientemente de su sexo, etnia, religión, opción política o sexual y con capacidades diferentes;
 - Mostrar compromiso y motivación hacia las acciones educativas de prevención de la violencia y de promoción en salud;
 - Tener dominio de la legislación vigente relacionada con la violencia intrafamiliar y sexual.
- ✓ La violencia está basada en el aprendizaje de modelos de relación abusivas de poder, en inequidad y discriminación construidos socialmente en la familia, la escuela, la comunidad y bajo la influencia de los medios de comunicación; por lo tanto es posible desaprender dichos modelos y sustituirlos por formas saludables de relación humana basadas en el respeto, el amor, la equidad, la solidaridad, etc.
- ✓ Toda persona que sufra violencia intrafamiliar y sexual al ser atendida en una unidad de salud tiene derecho a contar con calidad optima del servicio, condiciones materiales y con los recursos humanos calificados para brindarle dicha atención con confidencialidad, privacidad, absoluta discreción, no revictimización, escucha empática y ética profesional que garanticen su seguridad.
- ✓ Toda intervención que se realice en el marco de la atención a la violencia intrafamiliar y sexual debe asegurar a las personas orientación e información acerca de los servicios interdisciplinarios a los que puede acceder para su atención, su protección y absoluto respeto por las decisiones tomadas.

- ✓ El auto-cuido debe ser una condición indispensable para el recurso que está expuesto a constantes estados de tensión producto de la atención directa a personas afectadas por violencia, dirigido a superar el estrés, mantener un constante proceso de reflexión personal sobre la propia situación de violencia, reconocer los límites personales para la atención y acompañamiento de aquellos casos de violencia que superan la capacidad de los recursos personales, técnicos y éticos, considerando la posibilidad de referencia intersectorial.

Funciones de los Recursos Humanos

- De forma obligatoria aplicar y cumplir con las normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual.
- Aplicar de forma obligatoria la hoja de tamizaje cuando se sospeche que la persona atendida está sufriendo violencia intrafamiliar y sexual.
- Registrar y reportar los datos estadísticos de violencia intrafamiliar y sexual en el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA.
- Promover el trabajo en equipo interdisciplinario y de interconsulta en el proceso de atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.
- Basar su actuación médica especializada en la base jurídica pertinente para la atención de los casos que por sus implicaciones legales ameriten la realización de exámenes y procedimientos médico-legales.
- Desarrollar y participar en investigaciones relacionadas a la problemática de la violencia intrafamiliar y sexual vinculadas a la condición de salud de los grupos de población vulnerables.
- Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual a lo interno del sistema de salud, con otros sectores e instituciones u organizaciones que brindan servicios a esta problemática.
- Planificar y ejecutar acciones de detección, atención, rehabilitación, junto a la prevención de la violencia y de promoción de estilos de vida saludables y no violentos en la dinámica familiar, en coordinación con los diferentes actores sociales a través de los consejos de salud o redes de lucha contra la violencia.

Recursos Materiales

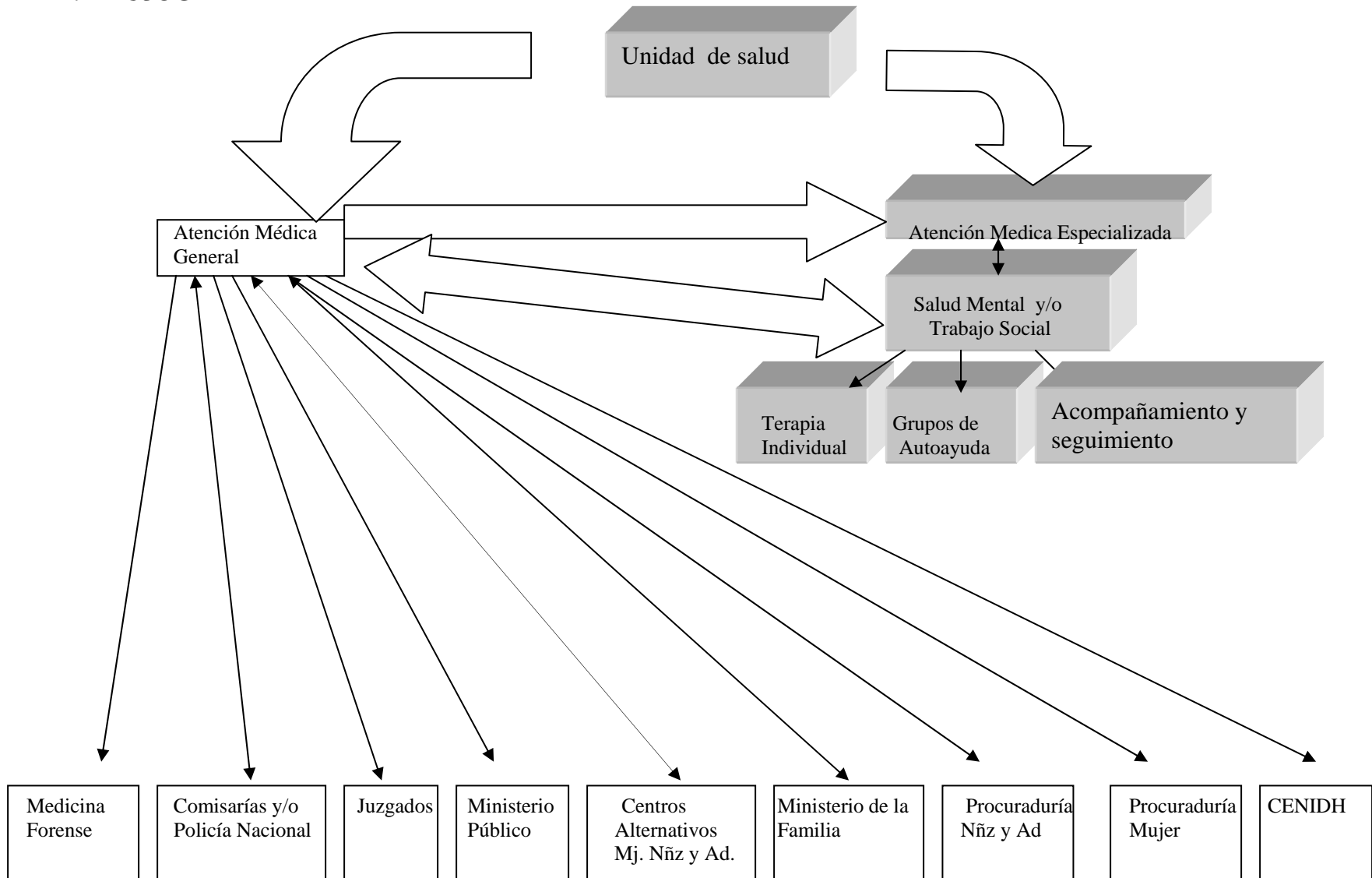
Las Unidades de Salud para brindar una adecuada atención a la problemática de la violencia intrafamiliar requieren:

- ☞ La designación de un punto focal dispuesto con las condiciones materiales necesarias para asegurar un ambiente de calidez, confidencialidad y privacidad,

iluminación y ventilación adecuada para brindar la atención en la unidad de salud que merecen las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.

- ☞ Contar con todo el material de reposición periódica necesario para la aplicación de los procedimientos establecidos en la presente norma, principalmente aquellos dirigidos a preservación de pruebas de valor legal, hojas de registro y vigilancia epidemiológica, etc.
- ☞ Historia Clínica que cuente con un apartado definido para registrar de forma textual el motivo de consulta, subsecuencias, referencias y contrarreferencias, acompañamiento psicológico y seguimiento de las personas atendidas en la unidad de salud por violencia intrafamiliar y sexual.
- ☞ Material educativo para ser distribuido de forma masiva entre la población de manera que contribuya a la prevención de la violencia y promueva estilos de relación respetuosos con equidad y afectividad. Así mismo material informativo que contenga teléfonos y direcciones que orienten acerca de los servicios que brindan otras instituciones, organizaciones de la sociedad civil y centros alternativos existentes en el territorio cercano a la unidad de salud.

XIII. FLUJOGRAMA



XIV. BIBLIOGRAFÍA

Almachiara D'Angelo y Silke Heumann, Maltratar de hacer pareja, Managua, Nicaragua, 1999.

Asamblea Nacional, Constitución Política de Nicaragua, Managua, Nicaragua Julio 1995.

Asamblea Nacional, Ley 287: Código de la Niñez y la Adolescencia, Managua, Nicaragua Junio, 1998.

Asamblea Nacional, Ley 230 Reformas y Adiciones al Código Penal para la Prevención y Sanción de la Violencia Intrafamiliar, Managua, Nicaragua Septiembre 1996.

Asamblea Nacional, Ley 150 Reforma al título I, libro II del Código Penal: Delitos contra las personas y su integridad física, psíquica, moral y social, Managua, Nicaragua, Junio de 1992.

CENIDH; Derechos Humanos de las Mujeres, principales instrumentos de protección internacional y Ley 230, Managua, Nicaragua Febrero 2005.

CENIDH, Un enemigo conocido: violencia intrafamiliar en mujeres, adolescentes y niñas, Managua, Nicaragua Octubre 2004.

CIDHAL, Violencia Doméstica, Cuernavaca-Morelos, México 1998.

CEPREV, Memoria, Primer Encuentro Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Social, Managua Nicaragua, Noviembre 2003.

Corte Suprema de Justicia, Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial, Managua, Nicaragua, Noviembre 2003.

Dinys Luciano y Aysa Saleh Ramírez, Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas, Quintana Roo - México, Junio 2001.

Ericka Tórres y Denisse Navarro, Peritaje psicológico en mujeres víctimas de VIF, dentro del marco jurídico nicaragüense, Managua, Nicaragua Agosto del 2001.

Gioconda Batres Méndez, Del Ultraje a la Esperanza: Tratamiento de las secuelas del incesto, 2° ed., rev, San José Costa Rica, 1997.

INIM, Plan Nacional para la Prevención de a Violencia Intrafamiliar y Sexual, 2001-2006, 1° ed. Nicaragua, 2000.

IPAS Centroamérica, Sin opción a decidir, Reflejos de la inequidad social, Managua, Nicaragua Diciembre 2004.

IPAS, Centroamérica, La Mortalidad Materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 200-2002, Managua, Nicaragua, 2003.

Jorge Corsi, Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social., Ed. Paidós, 3° reimpresión, Buenos Aires 1999.

Karen Landenburger, A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship, Nueva York, 1989.

Margarita Gurdían López, en Salud Materna e Infantil en Nicaragua. Avances y Desafíos 2005, MINSa y Equipo Técnico interagencial OPS, UNFPA Nicaragua, Abril 2005

MINSa y Asamblea Nacional, Ley General de Salud y Reglamento, Nicaragua, Mayo 2003.

MINSa, Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar, Dirección General de Servicios de Salud, Managua, 2001.

MINSa, Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Nicaragua, Julio 2004

MINSa, Plan Nacional de Salud 2004 – 2015, Nicaragua 2004.

MINSa, Política Nacional de Salud 2004-2015, Managua Nicaragua, Mayo 2004.

OPS, Buscando el rumbo. Tránsito de las mujeres hacia una vida sin violencia, varias autoras, Nicaragua, 1999.

OPS/OMS, Informe Mundial sobre Violencia y Salud: Resumen, Washington, D.C. 2002.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS/OMS, Buscando el rumbo, el tránsito de las mujeres hacia una vida sin violencia; Managua Nicaragua, Enero 1999.

Rosamaría Mendoza Mendoza, Violencia Sexual y Salud Sexual y Reproductiva en mujeres atendidas en el Centro de Mujeres IXCHEN – Tipitapa durante el primer semestre de 2004, Managua, Nicaragua Octubre del 2004.

Red de Mujeres contra la violencia, UNAN León, ¿Cómo atender a las mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica?: Orientaciones Básicas para el personal de salud, Managua, Nicaragua, 1998.

Red de Mujeres contra la Violencia, Índice de Compromiso Cumplido 1995-2003: Iniciativa centroamericana de mujeres para el seguimiento al Cairo y Beijing, Managua, Nicaragua, Mayo 2005.

Red de Mujeres contra la Violencia, INIM y Policía Nacional, Protocolo, Normas y Procedimientos de Atención Integral para sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar y Sexual, 2° ed., Managua Nicaragua, Noviembre 2003.

Sistematización “Violencia contra la niñez y adolescencia en Nicaragua”, Save the Children Noruega, Managua, Julio 2004.

UNIFEM, Violencia en el hogar y Agresiones Sexuales: ¿Qué hago? ¿A quién llamo?, México, Octubre 2004.

Visión Mundial, Mañana Todo Será Distinto: Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar en las zonas rurales del pacífico de Nicaragua, Nicaragua, Agosto 2005.

Walker Leonore, The Battered Woman, Harper Colophon Books, New York, 1979.

XV. ANEXOS

ANEXO 1.

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

Centro de Atención:

Fecha de Consulta:

Motivo de Consulta o Dolencia:

1. ¿Cuándo han habido conflictos o discusiones con su pareja, novio, o compañero él ha tirado objetos, portazos, destruido muebles, la ha corrido de la casa?

Si _____ 1

No _____ 2

2. ¿En los últimos tres meses (si está embarazada pregunte en este embarazo) ha sido empujada, golpeada por su compañero, pareja, novio o ex compañero?

Si _____ 1

No _____ 2

3. ¿Actualmente usted tiene miedo que la agreda, maltrate o golpee su compañero, pareja, novio o ex compañero?

Si _____ 1

No _____ 2

Caso referido a : _____

1. _____

2. _____

3. _____

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE VICTIMAS DE VIOLENCIA

SILAIS:

MUNICIPIO:

UNIDAD DE SALUD:

SERVICIO:

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

Expediente:

Ocupación: Ama de Casa ___ Obrera ___ Profesional ___ Comerciante ___
Estudiante ___ Otra ___

Sexo: Mujer ___ Hombre ___

Edad:

Escolaridad: No escolarizada ___ Alfabetizada ___ Primaria ___ Secundaria ___
Técnica ___ Universitaria ___

Estado Civil: Acompañada / o ___ Divorciada / o ___ Casada / o ___ Viuda / o ___
Soltera ___

Número de Hijas /os: Con vida ___ Fallecidos ___

Si es menor de edad:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Persona Responsable del niño: Madre ___ Padre ___ Sola / o ___ Familiar ___
No familiar ___

Programa en el que se identifico la VIF: Programa del niño / a ___

Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta Externa ___
Visita Domiciliar ___

Quien presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF, Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___
Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad ___

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___ Hijo / a ___

Otro familiar ___ No familiar ___

Si es persona adulta:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Persona Responsable del niño: Madre ___ Padre ___ Sola / o ___ Familiar ___
No familiar ___

Programa en el que se identifico la VIF: Programa del niño / a ___

Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta Externa ___
Visita Domiciliar ___

Quien presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF, Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___
Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad ___

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___ Hijo / a ___

Otro familiar ___ No familiar ___

Referencia: _____

Seguimiento: _____

GLOSARIO

Efectividad: Es la valoración de los resultados producidos en cada caso atendido y en el conjunto de ellos con respecto a la disminución de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y en la reconstitución de la integridad.

Eficiencia: Es la valoración de la relación entre los resultados logrados y los recursos invertidos para ello.

Empoderamiento: Es el proceso por el cual las personas van a reconocer sus propias potencialidades y fortalezas; disponiendo estas en función de la toma de decisiones y la decisión de expectativas de vida. Las personas que viven situaciones de violencia se encuentran desempoderadas, a partir de la situación de atrapamiento e inmovilidad psíquica que han vivido.

Estigmatización: De acuerdo a la clasificación del DSM IV, es una de las cuatro dinámicas traumatogénicas, que presentan las personas que se han visto sometidas a situaciones de secuestro, abuso sexual o violencia. Se expresa en la sensación que tienen las personas de ser diferentes, de sentirse culpables o avergonzadas por la situación vivida. Producto de ello estas personas se aíslan, se retraen, tienen un pobre concepto de sí mismas, pueden realizar acciones autodestructivas, incluyendo intentos suicidas.

Género: Son todas las creencias, actitudes, valores, conductas..., que la sociedad nos asigna por el hecho de ser hombre o mujer. Es la construcción social de lo masculino y lo femenino en una cultura, época y sociedad determinada.

Indicadores: Son aquellos elementos trazadores, de sospecha para la detección de personas viviendo violencia intrafamiliar y sexual que asoman antes durante o después de la exploración física de la persona; en la observación de la situación emocional de las personas, en la historia social y en los antecedentes de salud. La presencia reiterada de uno o más indicadores, la presencia combinada de diversos indicadores o la aparición de lesiones serias tienen que alertarnos, sospechar, detectar e intervenir oportunamente.

Impotencia Aprendida: Proceso que viven mujeres, niñas, niños y adolescentes como parte de la secuela traumática que genera la violencia intrafamiliar y sexual y que se expresa en la limitación para realizar acciones, defenderse de una agresión o buscar ayuda, tiene la característica que limita el accionar cotidiano de las víctimas, más aun cuando están en contacto con los agentes estresores.

Intervención en Crisis: En los casos de VIFS las crisis pueden ocurrir debido a varias causas entre ellas un incidente de agresión, presentar de una denuncia o solicitar una orden de protección, revelación de abuso sexual en la hija o hijo, entre otros.

La intervención en crisis debe de potenciar una oportunidad de cambio en la situación de violencia y se convierte en uno de los principales recursos del proceso de ayuda.

Sus meta principal es brindar la seguridad y disminuir el riesgo para las personas afectadas teniendo como referencia los aspectos éticos frente al estado de confusión que puedan presentar.

Sus componentes son:

Contacto psicológico; esto implica empatía y permitir la expresión de sentimientos, como vergüenza, impotencia, culpa, rabia, odio, cariño, etc.

Reconocimiento de las pérdidas; que ha tenido producto de la crisis que atraviesa, mismas que se suman a pérdidas a lo largo de su historia de vida las cuales no necesariamente han implicado que haya tenido un tiempo y un espacio para elaborar el duelo por estas pérdidas (autoestima, autonomía, ideales personales y familiares, identidad, salud, bienes materiales, etc).

Reflejar los mecanismos de defensa; los cuales son de naturaleza inconsciente y la persona al encontrarse confusa, puede disociarse, negar, minimizar, etc, por lo cual es importante aclarar significado acerca de lo que está comunicando verbalmente, corporalmente y gestualmente, así como redescubrir nuevas posibilidades y potencialidades. Es necesario confrontarla con sus mecanismos de defensa para que aclare sus ideas, posiciones y futuras toma de decisiones.

Examinar las dimensiones del problema; esto significa evaluar el riesgo para su seguridad personal y de quienes están a su alrededor, identificar las redes de apoyo, (familia, comunidad, amistades, centros de atención a la mujer), analizar con ella las posibles alternativas de solución inmediata y futura y favorecer su proceso de toma de decisiones.

Respetar las decisiones; en el caso de violencia de pareja, si la mujer vuelve con su pareja es importante respetarla y hacerle saber que posiblemente aún no está lista para tomar decisiones vitales, que cuenta con el apoyo del personal de salud e informarle del riesgo que corre en tanto su pareja usa la violencia como recurso para resolver sus conflictos y tanto ella como hijos e hijas, si los hay, corren peligro de volver a sufrir violencia.

Valorar y Validar el logro; alcanzado al atreverse a hablar e iniciar algunos pasos para su atención y romper el ciclo de violencia en el cual posiblemente se encuentre atrapada.

Dar información legal; explicarle sus derechos, las leyes, el que para el futuro, hablarle de las etapas y el ciclo de la violencia.

Ofrecerle una nueva cita; es importante que no se vaya con la impresión de que es sancionada.

Establecer un plan de emergencia y seguridad; para efecto de prevenir los riesgos mayores que puedan surgir producto de su decisión de buscar ayuda.

En el caso de la mujer que decide dejar la relación, debe de prepararse para las presiones familiares y del mismo agresor que intentará disuadirla o amenazarla. Es importante que exprese los motivos de su separación y lo tome como decisión personal, ayudarla a visualizar: donde vivirá, como se proyecta en el aspecto económico, brindarle asesoría legal, etc. Es importante que ingrese a un grupo de autoayuda para su recuperación emocional.

Minimización: Es un mecanismo de defensa frente a lo amenazante que pueda resultarle la situación de violencia en contraste con la baja autoestima que presentan las personas al verse sometidas a situaciones de control, humillación, desvalorización personal, en la experiencia de violencia que viven o han vivido.

Personas ofensoras o agresoras (victimario): personas que atentan contra la integridad emocional, física, sexual o patrimonial de otras personas como medio de ejercer poder y control. También se usan el término abusador.

Plan de seguridad: Es el conjunto de medidas, recursos y disposiciones de protección orientadas a prevenir mayores daños a la persona afectada por VIFS, el cual se define a partir de la exploración de las alternativas de protección que ella tiene para sí misma y para los miembros de la familia que presentan mayor vulnerabilidad. Este plan sin llegar a ser una solución definitiva, es un paso importante para que la persona tome conciencia de su situación, identifique los recursos con que cuenta y comience a dar pasos para cambiar su situación. En los casos de violencia de pareja separarse del agresor no siempre es la mejor alternativa y no garantiza que la violencia se detenga, y es precisamente entre los dos primeros años de separación que la mujer corre más peligro de agresión y mayor peligro de homicidio, por lo tanto es ella quien, junto a nuestro acompañamiento, puede valorar el peligro y como puede protegerse mejor.

Revictimización: También llamada *victimización secundaria*, se refiere a la situación en que las personas que han sido víctimas de determinada situación que les produjo algún daño, reviven dicha situación; a partir de los mecanismos que se utilizan en el proceso de atención a las mismas, profundizando el trauma emocional de las víctimas.

Ruta Crítica: es el proceso que viven las personas violentadas, en el transcurren por diferentes instancias y procedimientos que le van a facilitar apoyo, en la situación de violencia que están viviendo y que les permitirá salir de la situación de violencia y vivir un proceso de recuperación personal.

Socialización: Proceso histórico a través del cual las personas adquieren y asumen aquellas habilidades necesarias y prohibiciones para adaptarse a una determinada sociedad, en este proceso se adquiere la identidad personal, a partir del sistema social que determina lo que somos y lo que hacemos como hombres, como mujeres, como niñas y como niños.

Víctimas y sobreviviente de violencia: Una víctima es una persona que en la actualidad está sufriendo de abuso y que se siente impotente para buscar o encontrar salida. Un / a sobreviviente implica dejar de ser víctima ya sea que la persona está viviendo un proceso continuo y permanente de recuperación de todos los daños que ha sufrido, o bien que logró crear mecanismos personales que le permiten sobrevivir a pesar de las secuelas de la violencia.