



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
DE EXTENSIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Normativa 031

**“NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN
Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL”**

Managua, Noviembre- 2009

N
HQ
1154
0261
2009

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad
de la Atención. **“Normas y Protocolo para la Prevención, Detección
y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual”**/ Dirección Superior
del Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud.
Dirección General de Regulación Sanitaria. Managua: MINSa,
Nov. 2009

180p.; ilus

(Normativa 031, contiene Soporte Jurídico; Acuerdo Ministerial
No. 325- 2009; Decreto Ministerial sobre la Violencia
Intrafamiliar no. 67-1996; Directorio de Organismos de Red Mujeres
Contra la Violencia)

1. Violencia Doméstica-clasificación
2. Violencia Doméstica-prevención
3. Violencia Doméstica-estadísticas
4. Maltrato Conyugal
5. Abuso Sexual Infantil –terapia
6. Salud Pública
7. Mortalidad Materna-estadísticas (Descriptor Local)
8. Violencia Psicológica-clasificación (Descriptor Local)
9. Seguimiento a Víctimas de Violencia (Descriptor Local)
10. Incidencia Violencia Intrafamiliar y Sexual de la niñez y
Adolescencia(Descriptor Local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSa - 2010

CRÉDITOS

Dirección Superior del Ministerio de Salud:

Dr. Guillermo González	Ministro de Salud
Dr. Enrique Beteta	Secretario General Ministerio de Salud
Lic. Nora Orozco Chamorro	Vice Ministra de Salud
Dr. Carlos Jarquín González	Director General de Servicios de Salud
Dra. Juanita Ortega	Directora General de Regulación para la Salud

Equipo técnico que dio seguimiento a elaboración de norma:

Cecilia Sánchez	Ministerio de la Familia
Patricia Independencia Obregón	Procuraduría de la Mujer
Carlota Espinosa P.	Comisaría de Mujer y Niñez
Juana Jiménez	Red de Mujeres contra la Violencia
Luís Cuadra	MINSa / Consultor UNFPA
Donald Jiménez	MINSa / Consultor UNFPA
Wilmer Beteta	MINSa / Equipo de Normación, DGSS
Nubia Orozco	MINSa / Dirección de Regulación
Martha Munguia	I N I M
Klemen Altamirano	Colectiva Mujeres Masaya
Chepita Rivera Ruiz	Consultora para Elaboración de Norma

AUTORIDADES CLAVES ENTREVISTADOS/AS

Estelí, Centro de Salud “Leonel Rugama”

Dr. José Ángel Pino.	Director.
Dra Aura Estela Garmendi,	Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.
Lic. Norma Lazo.	Responsable de la Clínica de Adolescentes.
Lic. Miriam Gonzáles.	Responsable de Salud Mental.

Chinandega, Centro de Salud “Roberto Cortés M”

Dra Irela Solís.	Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.
Sra. Ileana Reyes.	Responsable de Salud Comunitaria.

Managua

Dr. Carlos Fletes.	Responsable Programa de Salud Mental / MINSa
Dr. Wilmer Beteta López	Equipo de Normación. MINSa Central
Msc. Silvia Narváez,	Responsable Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS- Nicaragua.

Centro de Salud “Pedro Altamirano”

Lic. Yasmina Casco.	Responsable Programa Atención Integral Niñez y Adolescencia.
---------------------	--

Hospital “Antonio Lenín Fonseca”

Dra Arelis Palacios Rodríguez.	Responsable de Epidemiología.
Lic Maria Elena González.	Responsable del Departamento de Enfermería.

Hospital “Fernando Vélez Paíz”

Lic. María Auxiliadora Alfaro.	Responsable de Psicología.
Lic. María Elisa Cruz.	Responsable de Trabajo Social.

Masaya

Msc. Klemen Altamirano.	Directora de la Colectiva de Mujeres de Masaya e Integrante de la Red de Mujeres contra la Violencia.
-------------------------	---

PARTICIPANTES DEL MINSA CENTRAL Y LOS SILAIS EN SESIÓN DE VALIDACIÓN

Migdalia Molina	MINSA Central AIMNA
Alfonso Porta	MINSA Central Dirección de Regulación
Gilma Méndez	SILAIS Madriz
Francis Urbina	SILAIS Managua
Zoila Canales	SILAIS Managua
Jorge A. Martínez	SILAIS Matagalpa
Mercedes Calderón	SILAIS Masaya
María Auxiliadora Hernández	SILAIS Carazo
María Luisa Betanco	MINSA Central
Zoila Román S.	CIES UNAN

PARTICIPANTES DE CENTROS ALTERNATIVOS, INSTITUCIONES PÚBLICAS Y AGENCIAS EN SESIÓN DE VALIDACIÓN

María Isabel Largaespada	Comisaría de la Mujer y la Niñez
Dr. Zacarias Duarte	Instituto Medicina Legal
Yamileth Mejía	AECID
Deborah Gradinson	Procuraduría de la Mujer
Angela Rosa Acevedo	CSJ
Walkiria Espinoza	INIM
Marta Verónica Rosales	Centro Dos Generaciones, Managua
Cecilia Navarro	RMCV, Managua
Rosa María Mendoza	RMCV, Managua
Berta Inés Cabrales	Itza, Managua
María Lidia Oporta	Coprodesi, Managua
Esmelda Montoya	Amnlae, Managua
Arnoldo Siezar	Amnlae, Managua
Auxiliadora Mendoza	Xochiquetzal, Managua
Susana Juárez	Centro Las Golondrinas, Managua
Auxiliadora Aguilera	Ixchen, Managua
Rosa Fletes	Colectivo 8 de Marzo, Managua
Ruth Marina Matamoros	Grupo Venancia, Matagalpa
Blanca A. Palma	Asociación La Amistad, Matagalpa
Aleyda González H	"May Barreda", León
Caridad Hernández L.	Oyanka, Jalapa, N. Segovia
Silvia Narváez	OPS/OMS
Jessica Martínez	UNFPA
María Auxiliadora Pérez	UNFPA



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 325-2009

ACUERDO MINISTERIAL
No. 325 - 2009

GUILLERMO JOSE GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ministro de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "*Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo"*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "*Reglamento de la Ley General de Salud*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la *Constitución Política de la República de Nicaragua*, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: "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 los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma 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, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



MINISTERIO DE SALUD



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 325-2009

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en sus Artículos 28 y 32, establece que: Arto. 28.- "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"; Arto. 32.- Establece 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" y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 211 establece: "Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.- La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua y América Latina son males sociales que afectan a las mujeres, niñas, niños y adolescentes con graves repercusiones en su salud física, sexual y reproductiva, en consecuencia el objeto de la presente norma es el de contribuir a reducir el impacto y la alta incidencia de los males señalados y al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para la detección y atención de las personas víctimas de violencia de pareja y sexual.



MINISTRO
DE SALUD

PODER
CIUDADANO
*Nicaragua
Gana con Voz!*

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
Teléfono PBX: (505) 2289-7483 / Apartado Postal 107 • www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 325-2009

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención hospitalaria a las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar y sexual.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los once días del mes de Noviembre del año dos mil nueve.

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

ÍNDICE	Página
CRÉDITOS	3
PRESENTACIÓN	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN	8
III. SOPORTE JURÍDICO	11
IV. ASPECTOS CONCEPTUALES	26
V. OBJETO DE LA NORMA	43
VI. CAMPO DE APLICACIÓN DE LA NORMA	43
VII. UNIVERSO	43
VIII. POBLACIÓN OBJETO	43
IX. DEFINICIÓN DE LA NORMA	45
XII. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	62
XIII. BIBLIOGRAFÍA	66
XIV. ANEXOS	69

PRESENTACIÓN

El problema de violencia hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, principalmente la violencia intrafamiliar incluyendo la violencia sexual, ha venido presentando a nivel mundial un incremento en los últimos años, lo cual se relaciona al hecho de que por años fue considerado como un asunto privado y silenciado, propiciado a su vez por aspectos de la estructura social y cultural donde predomina una estructura patriarcal, además de ser considerado un problema de costumbre que “afectaba a pocas mujeres, niños/as y adolescentes”, pero que hoy es considerado un problema que afecta profundamente a la sociedad. Es un problema de derechos humanos de grandes consecuencias no sólo para mujeres, niñas y niños, sino también para la salud, la vida laboral y la economía de las familias, las comunidades y el país, hecho que lo ha convertido en un problema de salud pública.

Nuestro país desde los años 90, reconoció oficialmente la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública reconociendo este problema y orientando su abordaje a través de la emisión del Decreto Ministerial 67-96.

Desde esa fecha se han venido desarrollando una serie de intervenciones para el abordaje de esta problemática, incluyendo la elaboración e implementación de las “Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar” en el año 2001; intervenciones que se han venido fortaleciendo a partir del año 2006 con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), modelo que se ha iniciado a implementar para lograr la Equidad en el sector salud, un reto de gobierno, que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente, ya que está elaborado de tal manera que responda a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho de las personas a la salud, -sin distinción de filiación partidarias, religiosas, sexo, grupos étnicos o poblacionales, entre otras-, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad.

Dentro del MOSAFC se incorpora la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la que se aborda el enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia de género orientando en uno de sus Objetivos Estratégicos “Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas” y contemplando entre sus componentes el abordaje de la violencia de género, dichos componentes están respaldados por Normas y Protocolos para su debido abordaje.

Dándole cumplimiento a este aspecto se realizó un proceso de revisión, actualización y validación del documento “Normas y procedimientos para la

atención de la violencia intrafamiliar” obteniendo finalmente el presente documento, el que constituye una herramienta básica y de cumplimiento obligatorio para orientar y estandarizar el abordaje de la violencia intrafamiliar y sexual (VIFS) en todo el sector salud en coordinación con otros sectores.

I. INTRODUCCIÓN

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

A partir de su aplicación, se destacan como principales logros: el contar con un marco normativo de cumplimiento obligatorio para el sector salud, una mayor detección de casos VIFS en los diferentes programas, la capacitación y sensibilización al personal de salud sobre violencia intrafamiliar y sexual; mayor conciencia de la importancia de aplicar la norma, brindando una mejor calidad y calidez de atención a través de la aplicación de la referencia y contrarreferencia.

Otros logros son: el establecimiento de coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales que han facilitado al MINSA su inserción en las redes locales de lucha contra la violencia, desde donde se brindan servicios de promoción, prevención y apoyo, mejorando el registro y reporte estadístico de casos a vigilancia epidemiológica. Así mismo, existe mayor conocimiento de parte de la población acerca de la disponibilidad del servicio de atención de la violencia intrafamiliar y sexual en las unidades de salud y se han desarrollado 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.

No obstante los logros señalados, existen aún situaciones de VIFS, que es necesario atender a la luz de un instrumento normativo actualizado, cuya importancia parte del reconocimiento de cómo la violencia intrafamiliar y sexual afecta de manera particular y con mayor incidencia a las mujeres, la niñez y a la adolescencia; de la alta incidencia de este tipo de violencia presente en la vida de las mujeres indicando que su condición de ser mujer la vulnera a lo largo de las etapas de su vida como un continuo en los diferentes ámbitos del mundo público y privado.

En la última encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006/07 (ENDESA), se encontraron; entre otros, los siguientes resultados:

- Del total de mujeres entre 15 a 49 años de edad entrevistados en la encuesta, el 26% respondió que habían visto durante su infancia que su padre maltrataba a su madre, lo que se relaciona con los patrones de comportamiento violento que frecuentemente pasan de generación en generación.
- El 21% de las entrevistadas, declaro haber recibido algún maltrato físico por alguna persona antes de cumplir 15 años de edad.
- A nivel nacional, el 19% de las entrevistadas, fueron maltratadas físicamente a partir de los 15 años de edad, siendo el maltrato mayor mientras había menor nivel de escolaridad y con respecto a la edad se encontró un incremento,

pasando de un 8% entre las edades de 15 a 19 años hasta el 31% en las de 40 a 44 años.

- Entre las mujeres que reportaron maltrato físico a partir de los 15 años, tres cuartas partes de ellas (76%) relataron que el responsable fue su marido o ex marido, 12% identificaron al padre, 10% a la madre y un 4% otro familiar.
- El 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 27% violencia física y el 13% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja.
- En total los datos indican que la mitad de mujeres alguna vez casadas o unidas en Nicaragua ha experimentado al menos uno de los tres tipos de violencia en su vida y un 10% ha experimentado todos los tres tipos de violencia.
- En cuanto a la violencia sexual, casi el 4% de las mujeres relataron que en el último año habían tenido relaciones sexuales sin desearlo por miedo a su pareja, mientras casi 3% relató que habían sido físicamente forzadas a tener relaciones.

Según registros de la Policía Nacional, las cifras de las mujeres muertas producto de la Violencia Intrafamiliar, alcanzaron la cifras: en 2004 dieciséis (16) casos, en 2005 dieciocho (18), en el 2006 dieciséis (16), en el 2007 veintidós (22), en el 2008 dieciocho (18) y en los primeros 6 meses del 2009; quince (15) mujeres asesinadas por su pareja o ex cónyuge, papá, mamá y nieto de la víctima.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, la violencia también tiene su impacto en el registro del indicador de Mortalidad Materna, ya que de acuerdo a la clasificación de estas, las muertes maternas no obstétricas han representado en los últimos 3 años entre un 12 y 15% del total de muertes, muchas de ellas asociadas directa o indirectamente a situaciones de violencia.

Así, en el año 2007, de 119 muertes maternas, 17 (14%) fueron no obstétricas; en el 2008, de 95 muertes maternas, 14 (15%) fueron no obstétricas y en las primeras 24 semanas del 2009, de 42 muertes maternas que se habían registrado, 5 (12%) son no obstétricas.

El reconocimiento de esta situación permite valorar que la violencia basada en género como un problema de salud pública que se presenta de forma mayoritaria en el seno de la familia, y nos referimos a ella como violencia intrafamiliar y sexual, (física, psicológica, económica y sexual); la que a su vez contiene a la violencia de pareja en sus diferentes manifestaciones, la violencia contra niñas, niños, ancianas y ancianos. Así mismo, la violencia institucional y la violencia en las calles muestran una dirección y una intencionalidad hacia las mujeres, de ahí que actualmente el femicidio se ha constituido en una manifestación extrema de la violencia basada en género.

Por lo antes descrito, la aplicación de la presente norma contribuirá a: Reducir el impacto y la alta incidencia de la violencia intrafamiliar y sexual en la salud de la niñez, los y las adolescentes, mujeres de todas las edades; al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para la detección y atención de las personas que acudan a las unidades de salud demandando la atención por

cualquier patología o de manera explícita por estar sufriendo o haber sobrevivido a violencia intrafamiliar y sexual.

II. JUSTIFICACIÓN

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 como principales blancos de los delitos sexuales (abuso sexual, violación, acoso sexual, explotación sexual comercial) cometidos principalmente en la intimidad del hogar.

En Nicaragua, ENDESA de 1997 y del 2006, han registrado que al menos 3 de cada 10 mujeres en el país vivieron violencia. ENDESA 2006 se registra que un 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas han experimentado maltrato verbal psicológico, el 27 % violencia física y el 13 % violencia sexual. La mayor parte de ellas fue agredida por sus parejas, exparejas, familiares y conocidos. 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 sus diferentes manifestaciones, la explotación sexual es una problemática social en Nicaragua que se da fundamentalmente de manera encubierta en diferentes municipios a nivel nacional”. Es reconocida a nivel internacional como una de las peores formas de violencia¹.

En lo que se refiere a las mujeres que han sufrido violencia, las principales afectadas 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. De acuerdo a los registros de la Policía Nacional, las cifras de las mujeres muertas producto de la Violencia Intrafamiliar, alcanzaron la cifras: en 2004 dieciséis (16) casos, en 2005 dieciocho (18), en el 2006: dieciséis (16), en el 2007; veintidós (22), en el 2008; dieciocho (18) y en lo que va del 2009; quince (15) mujeres asesinadas por su pareja o ex cónyuge, Papá, Mamá y Nieto de la víctima.

El Nuevo Código Penal del país, recoge esta figura delictiva como Parricidio (por el vínculo familiar) y Asesinato u Homicidio, invisibilizando los asesinatos a mujeres por el simple hecho de ser mujer (Femicidio).

En cuanto a la Mortalidad Materna, según la clasificación, las no obstétricas han representado en los últimos 3 años entre un 12 y 15% del total de muertes, muchas de ellas asociadas directa o indirectamente a situaciones de violencia.

Así, en el año 2007, de 119 muertes maternas, 17 (14%) fueron no obstétricas estando entre sus causas: Intoxicaciones por diferentes sustancias (9), 1 muerte

¹ El Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), lo tipifica como una de las peores formas de explotación sexual.

por herida por arma de fuego; 1 por arma blanca y un suicidio por ahorcamiento. En el 2008, de 95 muertes maternas, 14 (15%) fueron no obstétricas, siendo las causas: Intoxicación por diferentes sustancias 7 y heridas por arma blanca 2. En las primeras 24 semanas epidemiológicas del año 2009 (enero a junio), de 42 muertes maternas que se han presentado, 5 (12%) son no obstétricas registrándose entre sus causas 2 intoxicaciones por diferentes sustancias, 1 homicidio por estrangulación y 1 herida por arma de fuego.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes, la casa de habitación es el lugar de mayor ocurrencia del Abuso Sexual Infantil, el Incesto y las Violaciones a menores de edad. Durante el año 2005 hubo un incremento hasta un 100% respecto al año anterior. Los datos indican que de cada 100 de estos casos 90 son contra las niñas y 10 contra los niños indicando de la direccionalidad que tiene la violencia contra las mujeres desde su vida temprana.

“La Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes constituye una violación a los derechos humanos y afecta el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, ocasionando daños físicos, psicológicos, morales, etc., atentado contra la dignidad, la identidad y la autoestima de las niñas, niños y adolescentes.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) del Ministerio de Salud, establece como meta:

- Disminuir la VIFS de 28.7% (1998) a 20% en el año 2015, promocionando nuevas formas de relaciones familiares basados en el respeto a la dignidad y en los derechos de todas las personas.

Para ello el presente documento integra los lineamientos estratégicos e intervenciones definidos en la ENSSR que permitan el abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual, entre éstas:

- Diseño de mecanismos multisectoriales para la detección temprana y atención de casos de VIFS.
- Desarrollo de la capacidad resolutoria de las instituciones para la atención integral de las personas víctimas de violencia.
- Implementación de estándares con acciones e indicadores intra y extramuros de las unidades de salud.
- Brindar protección y atención temporal a personas que son víctimas de violencia y que requieren atención especializada.
- Promover acciones de protección y apoyo del personal de salud que sean víctimas de violencia de género.
- Articular procesos educativos para la prevención de la VIFS.
- Ejecutar programas a nivel comunitario para la prevención de la violencia.
- Brindar un abordaje intercultural en la atención integral de la violencia intrafamiliar y sexual.

Dadas las características del comportamiento de este problema, 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 ha definido la necesidad de transversalizar el abordaje integral e interdisciplinario, facilitando las normativas para la detección, intervención, registro, referencia, seguimiento y prevención de la violencia intrafamiliar y sexual.

III. SOPORTE 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.

3.1 ÁMBITO NACIONAL

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

En el artículo 46 garantiza la protección estatal, el reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana y el irrestricto 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, 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 medidas sanitarias que se determinen”.

En los artículos 24, 25 y 36 queda consignada 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 REGLAMENTO²

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”.

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”.

El Reglamento de la Ley General de Salud establece:

Título II Principios, Derechos y Obligaciones

Capítulo III Participación Social

Artículo 10: “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: “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) (como complemento del MOSAFC)

Capítulo I Generalidades

Artículo 38: “El Modelo de Atención Integral en Salud, es el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e

² Ley General de Salud, Ministerio de Salud Nicaragua y Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, Managua, Mayo 2003.

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 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.

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”.

CÓDIGO PENAL. LEY 641-08

LIBRO PRIMERO

TITULO IV

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Capítulo III

Medidas de Protección de Urgencia

Art. 111 Medidas de protección de urgencia para la víctima de Violencia Intrafamiliar o doméstica

Cuando la acción u omisión hubiere sido cometida por un miembro de la familia hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad dentro de la familia conviviente o en unión de hecho estable, la autoridad judicial del lugar donde ocurrió el hecho, a petición de parte, podrá aplicar, según el caso, las siguientes medidas de protección:

- a) Ordenar el abandono inmediato del hogar del imputado o acusado y, tomando en cuenta la voluntad de la víctima, reintegrarla al hogar del que fue sacada con violencia o intimidación;
- b) Prohibir o restringir la presencia de la persona denunciada en la casa de habitación de la ofendida u ofendido dentro de un radio mínimo de ciento cincuenta metros;
- c) Ordenar la reintegración de la persona ofendida al hogar del que fue sacada con violencia o intimidación;
- d) Prohibir o limitar la presencia de la persona denunciada al lugar del trabajo de la persona ofendida u ofendido dentro de un radio mínimo de ciento cincuenta metros;
- e) Garantizar a la persona ofendida la atención médica, psicológica o psiquiátrica en caso de que sea necesaria. A igual atención se someterá en caso necesario a la persona denunciada para su rehabilitación y evitar las reincidencias;
- f) Ordenar el examen bio-psico-social a los menores de edad involucrados en hechos de violencia doméstica o intrafamiliar y brindarles su debida atención;
- g) En caso de denuncias de maltrato infantil se solicitará a la autoridad correspondiente la intervención de organismos especializados que realicen la investigación y brinden apoyo, protección, asesoría, consejería y seguimiento respectivo;

- h) La persona denunciada deberá prestar las garantías suficientes que determine el Juez para compensar los posibles daños ocasionados a la persona ofendida;
- i) En caso de que la víctima sea un menor de edad o persona con problemas de discapacidad, la autoridad judicial competente podrá confiar provisionalmente la guarda protectora a quien considere idóneo para tal función, si estaba confiada al agresor;
- j) Prohibir toda forma de hostigamiento que perturbe la tranquilidad de la ofendida u ofendido incluyendo los medios electromagnéticos o de otra índole;
- k) Ordenar el decomiso de armas de la persona denunciada.

En el caso de los pueblos indígenas de la Costa Atlántica las medidas serán aplicadas por la autoridad comunal de acuerdo con el derecho consuetudinario y las leyes vigentes.

El Juez o Tribunal podrá ordenar las medidas de protección referidas en los incisos anteriores al momento de tener conocimiento de los delitos. Para su cumplimiento, podrá solicitar el auxilio de la Policía Nacional.

La Policía Nacional y el Ministerio Público en la etapa investigativa solicitarán a la autoridad judicial la aplicación de las medidas de protección referidas en este artículo de forma preventiva, por un plazo que no exceda de diez días.

Cuando el Ministerio Público resuelva no ejercer la acción penal, la víctima o su representante podrán solicitar al juez penal que se apliquen o se mantengan las medidas de protección por el período que tarde en resolver los recursos respectivos.

En caso de incumplimiento por parte del imputado a las medidas de protección ordenadas por el juez, éste procederá a aplicar una medida más grave, a instancia de parte.

LIBRO SEGUNDO

TÍTULO I

DELITOS CONTRA LA VIDA, LA INTEGRIDAD FÍSICA Y SEGURIDAD PERSONAL

Capítulo III

Lesiones y Riña tumultuaria.

Art. 155. Violencia doméstica o intrafamiliar

Quien ejerza cualquier tipo de fuerza, violencia o intimidación física o psíquica contra quien sea o haya sido su cónyuge o conviviente en unión de hecho estable o contra la persona a quien se halle o hubiere estado ligado de forma estable por relación de afectividad, o sobre las hijas e hijos propios, del cónyuge o del conviviente fuera de los casos del derecho de corrección disciplinaria, o sobre

ascendientes o discapacitados que convivan con él o con ella, o que se hallen sujetos a la patria potestad, tutela o guarda de uno u otro y como consecuencia de la realización de los actos anteriormente señalados, se ocasionan:

- a) lesiones leves, la pena será de uno a dos años de prisión;
- b) lesiones graves, la pena será de tres a siete años de prisión; y
- c) lesiones gravísimas, la pena será de cinco a doce años de prisión.

Además de las penas de prisión anteriormente señaladas, a los responsables de violencia intrafamiliar, se les impondrá la inhabilitación especial por el mismo período de los derechos derivados de la relación, madre, padre e hijos, tutela o guarda.

CAPÍTULO II

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL

Art. 167. Violación

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder o introduzca a la víctima o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento con fines sexuales, por vía vaginal, anal o bucal, usando fuerza, violencia, intimidación o cualquier otro medio que prive a la víctima de voluntad, razón o sentido, será sancionado con pena de ocho a doce años de prisión.

Pueden ser autores o víctimas de este delito, personas de uno u otro sexo.

Art. 168. Violación a menores de catorce años.

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión.

Art. 169. Violación agravada: Se impondrá la pena de doce a quince años de prisión cuando:

- a) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella;
- b) La violación sea cometida con el concurso de dos o más personas;
- c) Cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de enfermedad o discapacidad física o psíquica para resistir, o se trate de una persona embarazada o mayor de sesenta y cinco años de edad; o
- d) Resulte un grave daño en la salud de la víctima.

Si concurren dos o más de las circunstancias previstas en este artículo, se impondrá la pena máxima.

Art. 170. Estupro: Quien estando casado o en unión de hecho estable o fuera mayor de edad, sin violencia o intimidación, acceda carnalmente o se haga acceder por una persona mayor de catorce y menor de dieciséis años, será sancionado con pena de dos a cuatro años de prisión.

Art. 171. Estupro agravado

Cuando el estupro sea cometido por quien esté encargado de la educación u orientación espiritual, guarda o custodia de la víctima o por persona que mantenga con ella relación de autoridad, dependencia o familiaridad o comparta permanentemente el hogar familiar con ella, se impondrá la pena de prisión de cinco a diez años.

Art. 172. Abuso sexual

Quien realice actos lascivos o lúbricos tocamientos en otra persona, sin su consentimiento, u obligue a que lo realice, haciendo uso de fuerza, intimidación o cualquier otro medio que la prive de voluntad, razón o sentido, o aprovechando su estado de incapacidad para resistir, sin llegar al acceso carnal u otras conductas previstas en el delito de violación, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años.

Cuando en la comisión del delito se dé alguna de las circunstancias de la violación agravada, la pena será de siete a doce años de prisión. Si concurren dos o más de dichas circunstancias o la víctima sea niña, niño, o adolescente se impondrá la pena máxima.

No se reconoce, en ninguno de los supuestos, valor al consentimiento de la víctima cuando esta sea menores de catorce años de edad, o persona con discapacidad o enfermedad mental.

Art. 173. Incesto

Se impondrá prisión de uno a tres años a quien, conociendo las relaciones consanguíneas que lo vinculan y mediante consentimiento, tenga acceso carnal con un ascendiente, descendiente, o colateral dentro del segundo grado de consanguinidad mayor de dieciocho años de edad. Lo anterior, sin perjuicio de la pena que se pueda imponer por la comisión de otros delitos.

En este caso el perdón del ofendido extingue el ejercicio de la acción penal.

Art. 174. Acoso sexual

Quien de forma reiterada o valiéndose de su posición de poder, autoridad o superioridad demande, solicite para sí o para un tercero, cualquier acto sexual a cambio de promesas, explícitas o implícitas, de un trato preferencial, o de amenazas relativas a la actual o futura situación de la víctima, será penado con prisión de uno a tres años.

Cuando la víctima sea persona menor de dieciocho años de edad, la pena será de tres a cinco años de prisión.

Art. 175. Explotación sexual, pornografía y acto sexual con adolescentes mediante pago.

Quien induzca, facilite, promueva o utilice con fines sexuales o eróticos a personas menor de dieciséis años o discapacitado, haciéndola presenciar o participar en un comportamiento o espectáculo público o privado, aunque la víctima consienta en presenciar ese comportamiento o participar en él, será penado de cinco a siete

años de prisión y se impondrá de cuatro a seis años de prisión, cuando la víctima sea mayor de dieciséis y menor de dieciocho años de edad.

Quien promueva, financie, fabrique, reproduzca, publique, comercialice, importe, exporte, difunda, distribuya material para fines de explotación sexual, por cualquier medio sea directo, mecánico, digital, audio visual, o con soporte informático, electrónico o de otro tipo, la imagen, o la voz de persona menor de dieciocho años en actividad sexual o eróticas, reales o simuladas, explícitas e implícitas o la representación de sus genitales con fines sexuales, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años de prisión y de ciento cincuenta a quinientos días de multa.

Quien con fines de explotación sexual, posea material pornográfico o erótico en los términos expresado en el párrafo anterior, será castigado con la pena de uno a dos años de prisión.

Quien ejecute acto sexual o erótico con persona mayor de catorce años y menor de dieciocho años de edad de cualquier sexo, pagando o prometiéndole pagar o darle a cambio ventaja económica o de cualquier naturaleza, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años.

Art. 176. Agravantes específicas en caso de explotación sexual con adolescentes mediante pago

La pena será de seis a ocho años de prisión cuando:

- a) El hecho sea ejecutado con propósitos de lucro;
- b) El autor o autores sean parte de un grupo organizado para cometer delitos de naturaleza sexual, salvo que cometa el delito de crimen organizado;
- c) Medie engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier medio de intimidación o coerción; o
- d) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella.

Si concurren dos o más de las circunstancias previstas, se impondrá pena siete a nueve años de prisión. Se impondrá la pena máxima cuando sea persona con discapacidad o menor de catorce años de edad.

Art. 177. Promoción del turismo con fines de explotación sexual

Los que dentro o fuera del territorio nacional, en forma individual o a través de operadores turísticos, campañas publicitarias, reproducción de textos e imágenes, promuevan al país como un atractivo o destino turístico sexual, utilizando personas menores de dieciocho años, serán sancionados con la pena de cinco a siete años de prisión y de ciento cincuenta a quinientos días multa.

Art. 178. Proxenetismo

Quien con ánimo de lucro, induzca, promueva, facilite o favorezca la explotación y acto sexual remunerado de una persona de cualquier sexo, las mantenga en ella, o las reclute con ese propósito será penado con prisión de cuatro a seis años y multa de cien a trescientos días.

Art. 179. Proxenetismo agravado

La pena será de seis a ocho años de prisión y multa de trescientos a seiscientos días cuando:

- a) La víctima sea menor de dieciocho años o con discapacidad;
- b) Exista ánimo de lucro;
- c) Medie engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier medio de intimidación o coerción;
- d) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella.

Art. 180. Rufianería

Quien por medio de amenazas o coacciones, se haga mantener económicamente, aún de manera parcial, por una persona que realice acto sexual mediante pago, será penado con prisión de tres a cinco años y multa de sesenta a doscientos días.

Si la víctima fuere menor de dieciocho años o con discapacidad, la sanción será de cinco a siete años de prisión y doscientos a cuatrocientos días de multa.

La misma pena se aplicará cuando el autor estuviere unido en matrimonio o en unión de hecho estable con la víctima.

Art. 181. Restricción de mediación y otros beneficios

Cuando el delito sexual sea cometido contra niños, niñas y adolescentes, no habrá lugar al trámite de la mediación, ni cualquier beneficio de suspensión de pena.

Art. 182. Trata de personas con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción
Quien en ejercicio de poder o valiéndose de amenazas, ofrecimientos, engaños, promueva, facilite, induzca o ejecute la captación, reclutamiento, contratación, transporte, traslado, retención, acogida o recepción de personas, con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción, para que la misma sea ejercida dentro o fuera del territorio nacional, aún con el consentimiento de la víctima será sancionado con pena de prisión de siete a diez años.

Si la víctima es una persona menor de dieciocho años, o persona con discapacidad, o el hecho fuere cometido por los familiares, tutor o encargado de la educación, guarda o custodia, guía espiritual o comparta permanentemente en el hogar de la víctima, o medie una relación de confianza, la pena será de diez a doce años de prisión.

Quien venda, ofrezca, entregue, transfiera o acepte a una niña, niño, o adolescente en la que medie o no, pago o recompensa con fines de explotación sexual, será sancionado con pena de ocho a doce años de prisión. Igual pena se aplicará a quien oferte, posea, adquiera o acepte la venta de una niña, niño, o adolescente con fines de adopción ilegítima.

Art. 183. Disposiciones comunes

Cuando el autor de violación agravada, estupro agravado, abuso sexual, explotación sexual, actos sexuales con adolescentes mediante pago y pornografía, promoción del turismo con fines de explotación sexual, proxenetismo agravado, rufianería o trata de personas con fines de esclavitud o explotación sexual sea el padre, madre o responsable legal del cuidado de la víctima, se impondrá además la pena de inhabilitación especial por el plazo señalado para la pena de prisión de los derechos derivados de la relación madre, padre e hijos, tutela o guarda.

La provocación, la conspiración y la proposición para cometer los delitos de explotación sexual, actos sexuales con adolescentes mediante pago y pornografía, promoción del turismo con fines de explotación sexual, proxenetismo, rufianería o trata de personas con fines de esclavitud o explotación sexual, previstos en los capítulos anteriores, serán castigadas con una pena atenuada cuyo límite máximo será el límite inferior de la pena prevista en la ley para el delito de que se trate y cuyo límite mínimo será la mitad de aquél.

LEY 228: LEY DE LA POLICÍA NACIONAL

El 25 de noviembre de 1993, Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, la Policía Nacional en coordinación con el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM) y con la participación de organizaciones de la sociedad civil, inauguró la primera Comisaría de la Mujer y la Niñez en el distrito V de la Policía Nacional, concebido inicialmente como proyecto piloto. En 1996 las Comisarías pasan a formar parte de la estructura de la Policía Nacional bajo la Dirección de Investigaciones Criminales. Al siguiente año según ordeno 049-97 se creó el Departamento Nacional de las Comisarías de la Mujer y la Niñez. Para el 2001 la Policía Nacional implementó el proyecto Red de Servicios de Atención a Mujeres, Niñez y Adolescentes, Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar y Sexual, mediante el cual se elaboró el Modelo de Atención Policial para víctimas de violencia, en coordinación con el INIM, la Red de Mujeres Contra la Violencia y centros alternativos de la Red.

En el año 2006 la Policía Nacional creó la Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez a través de la disposición institucional 023/006, dándole mayor rango y autonomía dentro de su organigrama, convirtiéndose en una especialidad nacional destinada a investigar los delitos de la violencia intrafamiliar y sexual. Actualmente existen 35 comisarías en todo el país, que brindan atención en casos de violencia física psicológica y sexual en contra de la mujer y la niñez nicaragüense.

LEY 287: CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

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.³

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:

³Documento 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.

- 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 encuentren 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.
- 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”.

LEY 202: Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad⁴

CAPÍTULO II

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES Y SU APLICACIÓN

Arto. 5. La existencia de la discapacidad es un problema social; las personas con discapacidad ven reducidas sus oportunidades de trabajo y de mejorar su calidad de vida. Por ello, es responsabilidad del Estado y la sociedad civil establecer sistema de:

- a. Vigilancia epidemiológica sobre las discapacidades que permita desarrollar acciones y programas de prevención en todos los niveles.
- b. Rehabilitación física, mental y social que permita la incorporación plena de la persona discapacitada a la vida de la sociedad.
- c. Acciones legales y morales tendientes a presentarle al discapacitado igualdad de oportunidades en su integración laboral, recreativa y social, que le aseguren el pleno ejercicio de sus derechos humanos y ciudadanos.

CAPÍTULO III

DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN

Arto. 6. El Estado impulsará medidas apropiadas para la prevención de las deficiencias y las discapacidades a través de las siguientes acciones:

- a. Crear sistemas de atención primaria de salud, basados en la comunidad, particularmente en las zonas rurales y en los barrios pobres de las ciudades.
- b. Brindar atención y asesoramiento sanitario materno-infantiles eficaces, así como asesoramiento, planificación de la familia y sobre la vida familiar.
- c. Dar educación sobre nutrición y asistencia en la obtención de una dieta apropiada, especialmente para las madres y los niños.
- d. Asegurar la cobertura universal de inmunizaciones contra enfermedades infecto-contagiosas.
- e. Elaborar reglamentos sanitarios y programas de capacitación para la prevención de accidentes en el hogar, en el trabajo, en la circulación vial y en las actividades recreativas.
- f. Brindar capacitación apropiada para personal médico, paramédico y de cualquier otra índole, con miras a prevenir discapacidades de diverso grado.

3.2 ÁMBITO INTERNACIONAL

⁴ La Ley carece de consideraciones específicas sobre la protección y atención de la violencia en todas sus manifestaciones hacia las personas con capacidades diferentes, sin embargo obliga al Ministerio de Salud y al sector salud en general a tener un rol activo en mejorarles la calidad de vida y en prevenir cualquier discapacidad en el futuro, siendo la VIFS una de las principales causas de discapacidad.

Violencia hacia la Mujer

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.

- Resolución sobre mujer y violencia de Quinta Conferencia Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 1991. En esta se destaca a la violencia basada en el género como uno de los obstáculos para un desarrollo con equidad.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena 1993, 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.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, aprobada en 1994, por mandato de la Organización de Estados Americanos OEA, se aprobó en Belém do Pará, Brasil. 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”⁵; y el compromiso de los 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

⁵ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará Brasil, 1994.

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.

Violencia hacia la niñez y adolescencia

- Convención sobre los Derechos del Niño 1990: Establece obligaciones para proteger a las niñas y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer Beijing (1995). Establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra las niñas, particularmente en relación a la violación sexual, violencia intrafamiliar, la explotación y tráfico sexual de la niñez y la mutilación genital (ver acápite anterior).

IV. ASPECTOS CONCEPTUALES

Conceptos clave

1. **ABUSO SEXUAL:** es todo acto sexual directo o indirecto mediante el cual una persona basada en una relación de poder ya sea generacional, de género, o de otra naturaleza como la relación social, la pertenencia a un grupo étnico, entre

otras. que involucra a una mujer, niña o niño o adolescente y una persona adulta en una actividad sexual que propicia su victimización.

2. **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.⁶
3. **ADOLESCENTES:** Grupo de edad comprendido entre los 10 a 19 años. En este grupo se distinguen 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.
4. **ADULTEZ:** Este grupo de edad comprende a las personas de 20 a 59 años, que de acuerdo al MOSAFC debe ser dividido al menos en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59.
5. **ADULTOS/AS MAYORES:** Este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más.
6. **AUTO-CUIDO** 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.
7. **CICLO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA:** Ciclo compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y es denominado como “Ciclo de la Violencia”: Fase uno: Acumulación de tensiones, Fase dos: Explosión o Incidente Agudo y Fase tres: Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa.
8. **EDAD PRE-ESCOLARES:** 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.
9. **EDAD ESCOLAR:** 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.
10. **EFFECTIVIDAD:** 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

⁶ “Abuso Sexual y Explotación Sexual Comercial”: Dos caras de la violencia sexual contra la Niñez y Adolescencia. Dos Generaciones, Mayo 2001.

de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y en la reconstitución de la integridad.

11. **EFICIENCIA:** Es la valoración de la relación entre los resultados logrados y los recursos invertidos para ello.
12. **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.
13. **EMPATÍA:** Conciencia objetiva e introspectiva de los sentimientos, emociones y conductas de otra persona, su significado y trascendencia.
14. **ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD:** 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; permitiendo identificar los factores que contribuyen a crear y desarrollar las inequidades en la sociedad, comunidad y entre los miembros de la familia
15. **ENFOQUE DE RIESGO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** 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 más vulnerables, en este caso, con relación a los hechos de la violencia intrafamiliar y sexual.
16. **ESTIGMATIZACIÓN:** Sensación que tienen la personas de ser diferentes, de sentirse culpables o avergonzadas por la situación vivida. Producto de ello estas personas se aíslan, se retraen, tiene un pobre concepto de sí mismas, pueden realizar acciones autodestructivas, incluyendo intentos suicidas. 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.
17. **ESTUPRO:** En el artículo 196 comenta que comete delito de estupro, el que tuviera acceso carnal con otra persona, mayor de 14 años y menor de 16 años, interviniendo el engaño. También se considera estupro, el que tenga acceso carnal con persona mayor de 16 años, que no lo hubiera tenido antes, interviniendo el engaño. En las dos situaciones se considera engaño cuando el sujeto tenga más de 21 años o estuviere casado o en unión de hecho estable. La pena del delito será de 3 a 5 años.
18. **ETAPA EMBRIONARIA Y FETAL, ATENCIÓN O CUIDADOS DE LOS Y LAS NIÑAS:** Esta acción se realiza a través de las Atenciones Prenatales que se le brindan a las embarazadas. 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.

19. **ETAPAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA:** 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.
20. **EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE PERSONAS MENORES DE EDAD:** Delito que ocurre cuando una o varias personas involucran a un niño, niña o adolescente (menor de 18 años), en actividades sexuales o eróticas, a cambio de una promesa de pago, remuneración económica o de cualquier otro tipo de retribución en especie (ropa, alimentos, drogas, entre otros).
21. **FEMINICIDIO:** 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. Obligando a las mujeres a vivir y sobrevivir en el temor, la inseguridad, las amenazas negándoles la satisfacción de sus derechos vitales en su condición de ser humana.
22. **FEMICIDIO:** Asesinato de mujeres por sólo el hecho de ser mujeres, considerado como la privación violenta de la vida de una persona por ser mujer.
23. **GÉNERO:** Categoría que se refiere a la construcción histórica social que se ha hecho de las atribuciones y características sociales, culturales, políticas, psicológicas y económicas que se consideran definitivas a los hombres y las mujeres y de los comportamientos esperados de unos y de las otras en una determinada sociedad.
24. **GRUPOS DE AUTO AYUDA:** Forman parte de las acciones de empoderamiento que se pueden impulsar con y desde las personas que han vivido ciertas situaciones semejantes de violencia. El empoderamiento personal requiere oportunidades para que las personas superen su aislamiento y la "indefensión aprendida" que este ambiente propicia. Lo que puede lograrse a través del "trabajo de grupo" en el cual la persona reconoce que no es la única que sufre o vive ese problema y que, por lo tanto, sus problemas, enfermedades, etc., no son algo particular. El trabajo de grupo ayuda a la persona a ver sus propias experiencias dentro de un contexto social.
25. **INEQUIDAD POR RAZONES DE GÉNERO:** Existencia de relaciones de poder entre hombres y mujeres, las cuales se han plasmado con el predominio histórico de los hombres para acceder a la justicia, el empleo, los puestos de poder y la toma de decisiones en la esfera política, social y doméstica.
26. **INDICADORES DE VIOLENCIA:** 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 las persona; en la observación de la situación emocional de las personas; en la historia social; y en los antecedentes de salud.
27. **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 aún cuando están en contacto con los agentes estresantes.

28. **INTERVENCIÓN EN CRISIS:** Es el apoyo que se le debe brindar a una persona que ha sido víctima de VIFS cuya meta principal es brindar la seguridad y disminuir el riesgo de sentimientos de daños o culpabilidad de las personas afectadas teniendo como referencia los aspectos éticos frente al estado de confusión que puedan presentar.
29. **EXPLORACIÓN INFANTIL:** Acción en contra de niños/as o adolescentes que abarca desde la realización obligatoria y exagerada de trabajos domésticos o laborales por encima de sus capacidades físicas y mentales hasta actos tan indecorosos como la prostitución y la pornografía infantil.
30. **MODELO ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA:** Modelo que 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 abarcadora 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.
31. **MINIMIZACIÓN:** Es un mecanismo de defensa frente a lo amenazante que pueda resultarle la situación de violencia que se manifiesta en 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.
32. **NIÑEZ:** Período de edad que inicia desde el momento del nacimiento y abarca a las personas hasta antes de cumplir los 10 años de edad.
33. **NEGLIGENCIAS:** comprende las acciones de irresponsabilidad que provocan en el niño desde accidentes o ausencias a la escuela hasta el incumplimiento de derechos necesarios como asistir al médico, vacunación, incumplir tratamientos indicados, etc.
34. **NEONATO O DE RECIÉN NACIDO/A:** Edad comprendida entre el nacimiento hasta los 28 días de edad. 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 nacido⁷.
35. **PERÍODO POST-NEONATAL:** Edad 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.

⁷ 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.

36. **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.
37. **PERSONA MENOR DE EDAD:** Una persona menor de 18 años.
38. **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.
39. **PSICOLOGÍA FORENSE:** Es una especialidad de la psicología con aplicación al campo judicial, que se encarga de estudiar el estado mental y emocional.
40. **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.
41. **RUTA CRITICA:** Es el proceso que viven las personas violentadas, en que 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.
42. **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.
43. **TIPOS DE VIOLENCIA:** Violencia Física, Violencia sexual, Violencia Psicológica o Emocional, Violencia Patrimonial o Económica, Violencia de Pareja.
44. **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:** Es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de la persona a un evento o eventos estresantes y extremadamente traumáticos y se ve envuelta en hechos que presentan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física o de otras personas.
45. **VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA:** 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.
46. **VIOLENCIA:** Es 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

47. **VIOLENCIA FÍSICA:** Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir 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 autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física.
48. **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 femicidio.
49. **VIOLENCIA GENERACIONAL:** 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.
50. **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** 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.
51. **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.
52. **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.
53. **VIOLENCIA POR NEGLIGENCIA:** Acción de descuido contra un pariente en situación de dependencia en aquellas actividades básicas de la vida diaria, tales como: higiene, vestido, alimentación, movilización, medicación, atención a la salud, que lleve al deterioro de la salud o de la calidad de vida de la persona.
54. **VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL:** Es toda acción u omisión que infringe 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.

55. **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.
56. **VIOLACIÓN:** Es una acción perpetrada por una persona basada en una relación de poder ya sea generacional, de género o de otra naturaleza como la relación social, la pertenencia a un grupo étnico, entre otras. Consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina, boca y/o el ano en la que la mujer, niña, niño o adolescente que es víctima de esta relación desigual de poder.

Marco conceptual para entender la violencia hacia las mujeres, adolescentes y niñez

GÉNERO:

Es una categoría análisis que reconoce las construcciones sociales alrededor de los factores biológicos que definen el ser hombre y ser mujer. Dentro de ellas se asignan roles, actitudes, sentimientos, valores, conductas, creencias, cualidades, derechos deberes y comportamientos que no son naturales sino asignados por la sociedad, particularmente por las estructuras de socialización como la familia, las escuelas y las iglesias, por ejemplo. Se respalda una visión androcéntrica y patriarcal, donde históricamente el hombre ha sido valorado como superior a la mujer. Estas desigualdades sociales se entrelazan con otras jerarquías sociales como la preeminencia de ciertas culturas sobre otras, o etnias, o costumbres sociales, entre otras.

ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD:

- Al conocer el carácter 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.
- No existe víctima típica, la violencia intrafamiliar no se restringe a ningún grupo específico de clase social, estado civil, edad, etnia, etc. 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. No 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 como gente reconocida como honorable, notables, profesionales, políticos, religiosos, buenos trabajadores, empresarios.

ENFOQUE DE RIESGO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Contempla diversos factores psicosociales tales como:

- 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;
- Inequidad económica entre hombres y mujeres;
- Uso de la violencia tanto física y emocional como método común de resolver conflictos entre las personas;
- 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;
- Alcoholismo y la drogodependencia como factores agravantes de la conducta violenta del agresor; entre otros.

MODELO ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA:

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.

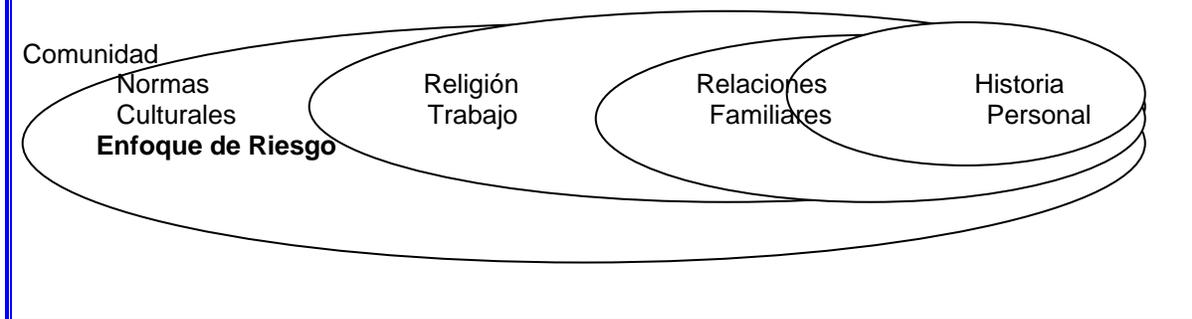
SUBSISTEMAS DEL MODELO ECOLÓGICO:

- **Microsistema:** Es el contexto más amplio, remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los patrones de comportamiento donde se han aprendido roles, mandatos y atribuciones sociales de género sobre los cuales se establecen formas de 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:** Nivel 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.
- **Microsistema:** Nivel que comprende los vínculos más 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:** Subsistema sobre el cual van a influir los tres subsistemas señalados en dependencia de su individualidad. En la persona delimitan cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:
 - *Dimensión Cognitiva:* Comprende las estructuras, esquemas de conocimiento y formas de percibir y conceptualizar el mundo que cada persona se configura.
 - *Dimensión Conducta:* Abarca la variedad de comportamientos con los cuales la persona se relaciona con el mundo.
 - *Dimensión Psicodinámica:* Se 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, entre otros.
 - *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. La siguiente imagen muestra con claridad el modelo ecológico que ayuda a comprender la dinámica de la VIFS.



VIOLENCIA:

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.

VIOLENCIA FÍSICA:

Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre.

Puede ser percibida objetivamente por otros, que más habitualmente deja huellas externas. Se refiere a empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, entre otros, causados con las manos o algún objeto o arma. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima, pero también ha supuesto que sea la más comúnmente reconocida social y jurídicamente, en relación fundamentalmente con la violencia psicológica

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

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.”⁸

VIOLENCIA DE PAREJA:

Al tener como escenario el vínculo o relación de pareja, este tipo de violencia, es concebida como una de las formas más 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.

VIOLENCIA SEXUAL

Este tipo de violencia incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea. Sobre las víctimas de violencia sexual se suele tender un manto de duda, sospecha y culpabilización. Se tiende a considerarlas provocadoras de la agresión que sufren. Estas atribuciones negativas, sobre las mujeres, implican que la víctima tenga que entrar a demostrar “que no es culpable” de la violación o del abuso, con el agravante de que no se cree suficientemente en su palabra.

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.

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

⁸ Cidhal, Violencia Doméstica, Cuernavaca-Morelos, México 1998.

tráfico de niñas, niños y adolescentes, pornografía infantil, el turismo sexual y el matrimonio forzado.

ABUSO SEXUAL:

El abuso sexual al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar.

Este es 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.

Es necesario desculpabilizar y desmitificar a las madres señaladas como responsables del abuso sexual hacia sus hijos/as, ya que una de las razones por las cuales algunas madres no logran identificar el Abuso Sexual que sufren sus hijas e hijos, es que en la mayoría de los casos, ellas mismas están sobreviviendo a su propia experiencia de abuso.

Las relaciones de poder desigual que existen en la sociedad, ubican 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.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

Además de estar íntimamente relacionado con las agresiones físicas y sexuales puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en 3 formas:

- Agresión verbal utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
- Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
- Chantaje afectivo que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro (a).

El abuso emocional o psicológico puede preceder o acompañar la violencia física como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

Dentro de esta categoría podrían incluirse otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico para la víctima, y utilizan las coacciones, amenazas y manipulaciones para lograr sus fines.

Se trata de la violencia “económica”, en la que el agresor hace lo posible por controlar el acceso de la víctima al dinero, tanto por impedirla trabajar de forma remunerada, como por obligarla a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos (llegando en muchos casos a dejar el agresor su empleo y gastar el sueldo de la víctima de forma irresponsable obligando a esta a solicitar ayuda económica a familiares o servicios sociales).

También es habitual la violencia “social”, en la que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE PERSONAS MENORES DE EDAD:

Constituye una violación de los Derechos Humanos fundamentales de niñas, niños y adolescentes. Incluye la utilización de niñas, niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes formas de la Explotación:

- Las relaciones y actividades sexuales remuneradas
- La producción distribución y posesión de materiales pornográfico infantil o adolescente.
- La utilización de personas menores de edad en espectáculos sexuales públicos o privados.
- Turismo sexual

CICLO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA:

Ciclo compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y es denominado como “Ciclo de la Violencia”: Fase uno: Acumulación de tensiones, Fase dos: Explosión o Incidente Agudo y Fase tres: Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa.

El patrón cíclico de la violencia se aplica a muchas, aunque no a todas las mujeres que sufren maltrato, 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.

El 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.

Fase de 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.

Fase de Explosión o 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”.

Fase de 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 lo 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.

ETAPAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA:

1. 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.

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

Este concepto 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. En esta etapa de aguante ocurren con mayor frecuencia las experiencias que se describen como el ciclo de la violencia.

3. 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 mostrar rechazo hacia cualquier actitud de éste (positiva o negativa), y mostrarse intolerante a cualquier acercamiento que venga de él.

4. 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.

INTERVENCION 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 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.

GRUPOS DE AUTO AYUDA:

En el caso la violencia doméstica, y más allá, de la violencia basada en género, vemos que los grupos de autoayuda formados por mujeres que han vivido abuso son una fuente importante para la promoción de autoestima y empoderamiento personal, pero si no están vinculados a procesos más amplios no ofrecen insumos suficientes para modificar las condiciones estructurales, de la cultura o del país por ejemplo, que toleran la violencia. Estos grupos, sin embargo son muy importantes para generar procesos de empoderamiento social, cuando no están aislados de otras formas de acción y de organización política dirigidas a la resolución de problemas estructurales (Adaptado de Ronald Labonté en OPS).

PLAN DE SEGURIDAD:

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.

INDICADORES DE VIOLENCIA:

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.

ADOLESCENTES:

Es una etapa que 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.

ADULTEZ:

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.

ADULTOS/AS MAYORES:

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.

V. OBJETO DE LA NORMA

- Establecer los lineamientos básicos y de aplicación obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud que brindan atención a casos de violencia intrafamiliar y sexual del sector salud.
- Contribuir a la prevención, detección y atención de las personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, así como la promoción de estilos de convivencia solidarias y saludables en coordinación interinstitucional y participación comunitaria.

VI. CAMPO DE APLICACIÓN 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 establecimientos del sector salud que realizan o participan en intervenciones dirigidas a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.

VII. UNIVERSO

Esta Norma será aplicada en los servicios de salud como la medicina general e interna, enfermería, ginecología, psicología, geriatría, pediatría, ortopedia, salubridad, trabajo social, educación en salud para la atención de todos los casos, circunstancias y condiciones en los que se confirme vivencia de violencia intrafamiliar y sexual en cualquiera de sus manifestaciones (física, emocional, económica y sexual):

VIII. POBLACIÓN OBJETO

Todas las personas, desde su etapa de niñez hasta la edad adulta mayor que asistan a las unidades de salud demandando cualquier servicio de salud, con énfasis en las mujeres en sus diferentes ciclos de vida, la niñez y adolescencia.

IX. DEFINICIÓN DE LA NORMA

NORMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

ÁMBITO DE LA CALIDAD: COMPETENCIA TÉCNICA

Norma

El personal administrativo de la unidad garantizará el cumplimiento del plan de sensibilización y capacitación sistemática al personal de salud para mejorar y actualizar conocimientos para la atención directa de la violencia intrafamiliar y sexual.

Indicador: % de unidades de salud del SILAIS que implementan Plan de sensibilización y capacitación al personal de salud

Umbral: 100 %

Responsable: Director de Unidad de salud, Director de SILAIS

Norma

La atención a los casos VIFS será realizada por personal de salud capacitado y sensibilizado en la atención integral de VIFS

Indicador: % de personal de salud capacitado en la atención de casos VIFS

Umbral: 100 %

Responsable: Director de Unidad de salud.

Norma

El personal de salud, ante la presencia de un caso VIFS, brindará atención aplicando las normas y protocolos para el abordaje de las VIFS establecida por el MINSA

Indicador: % de personal de salud que cumple las normas y protocolos de atención VIFS establecidos por el MINSA.

Umbral: 100 %.

Responsable: Director de Unidad de Salud.

Norma

La unidad de salud dispondrá de un equipo de salud multidisciplinario para el abordaje integral de los casos VIFS.

Indicador: % de Unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS

Umbral: 100 %

Responsable: Director de Unidad de Salud

Norma

El personal de salud ubicado en los diferentes niveles de atención evalúa el riesgo en que se encuentran las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexuales.

Indicador: % de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Sub director de atención médica.

Norma

El personal de salud que atiende casos VIFS elabora plan de Prevención con la persona afectada.

Indicador: % de personas víctimas de VIFS a las cuales se les elaboro plan de prevención.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de Unidad de salud

Norma

El personal médico y psicológico del MINSA capacitados y acreditados por la Corte Suprema de Justicia, como médicos forenses “at honoris” deberán realizar sus peritajes conforme las guías, protocolos, formatos y diagramas ya definidos.

Indicador: % de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses “at honoris” que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del Instituto de Medicina Legal (IML).

Umbral: 100 %

Responsable: Director de Unidad de salud.

Dimensión de la calidad: Eficiencia

Norma:

Todo el personal de salud capacitado y sensibilizado en el tema de VIFS, tiene la responsabilidad de aplicar formato de “Tamizaje para la detección de personas víctimas de VIFS” a todas aquellas personas que se sospecha está siendo víctima.

Indicador: % del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

Una vez identificado un caso VIFS, el personal de salud deberá brindarle atención utilizando además todos los formatos establecidos para la atención de casos.

Indicador: % de personal de salud que utilizan todos los formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El recurso de salud que atiende los casos VIFS registrará de manera exhaustiva los resultados de la evaluación de los casos en el expediente clínico

de acuerdo a lo establecido en normas y protocolos VIFS del MINSA.

Indicador: % del personal de salud que realizan el registro de casos en el expediente clínico de acuerdo a lo establecido en normas y protocolos VIFS.

Umbral: 100 %.

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El personal de salud hará uso de los Kits para la toma de muestras y evidencias forenses de las víctimas de VIFS de acuerdo a lo estipulado en normas y protocolos MINSA y del Instituto de Medicina Legal (IML)

Indicador: Porcentaje del personal de salud que toma muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.

Umbral: 100 %

Responsable : Sub director de atención médica

Norma:

El personal de salud resguardará las muestras y evidencias tomadas de mujeres, personas adultas, niños, niñas y adolescentes afectados por VIFS.

Indicador: % del personal de salud que realiza resguardo de muestras y evidencias tomadas de mujeres, personas adultas, niños, niñas y adolescentes afectados por VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

En todas las unidades de salud donde existan médicos forenses “at honoris” acreditados por la CSJ y el IML deberán estos realizar los peritajes a víctimas de violencia según lo estipulado por el IML.

Indicador: % de víctimas de VIFS que son valoradas por los médicos forenses “at honoris”.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Dimensión de la calidad: Relaciones interpersonales:

Norma:

El personal de salud brinda atención a las personas afectadas por VIFS con calidad y calidez en la unidad de salud.

Indicador: % de usuarias afectadas por VIFS satisfechas con la atención brindada en los servicios de salud

Umbral: 80 – 85 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El personal de salud que atiende casos VIFS implementará plan de auto cuidado.

Indicador: % de personal de salud que atiende casos VIFS que aplican plan de auto cuidado

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Dimensión de la calidad: Oportunidad, acceso y rapidez

Norma:

El personal de salud realizará detección de casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.

Indicador: % de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.

Umbral: 100 % del personal de salud detectando casos VIFS.

Responsable: Director de la unidad de salud

Norma:

La unidad de salud dispondrá de material educativo e informativo sobre VIFS dirigida a la población.

Indicador: % de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

Toda persona afectada por VIFS recibirá 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.

Indicador: % de personas VIFS satisfechas por la atención sin discriminación.

Umbral: 80 a 85 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

Toda persona que sea atendida por VIFS recibirá orientaciones por personal de salud que le atiende acerca de sus derechos para acceso al sector justicia.

Indicador: % de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos para acceso al sector justicia.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Dimensión de la calidad: Continuidad

Norma

El recurso de salud que realiza la detección de casos VIF notificará el caso a vigilancia epidemiológica.

Indicador: % de Casos VIFS detectados que son reportados a vigilancia epidemiológica.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El director de la unidad de salud establece coordinación con otras instituciones prestadoras de servicios para establecer un abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual.

Indicador: No. % de Unidades de salud que disponen de coordinación intersectorial para el abordaje de las VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

Toda persona que sufra VIFS al demandar los servicios de salud será atendida con calidad óptima, por un recurso del equipo multidisciplinario para la atención VIFS.

Indicador: % de personas VIFS que son atendidas por un recurso del equipo multidisciplinario VIFS de la unidad de salud

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El personal de salud asegurará el tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas de los casos VIFS

Indicador: % de personal de salud que garantiza el tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas de los casos VIFS.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El personal de salud realizará seguimiento a todos los casos de VIFS detectados.

Indicador: % de Casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud a través de citas subsecuentes.

Umbral: 100 %

Responsable: Director de la unidad de salud.

Norma:

El personal de salud realizará referencia de los casos VIFS a las instituciones para garantizar un abordaje integral del caso.

Indicador: % de Casos VIFS que son remitidos a otras instituciones para el abordaje de sus problemas.

Umbral: 80 %.

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS VIFS

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de unidades de salud del SILAIS que implementan Plan de Sensibilización y Capacitación al personal de salud.	Nombre del recurso Cargo del recurso	Plan docente Expediente laboral	Auditaría	10%	Trimestral	Recursos humanos. Docencia
% de personal de salud capacitado en la atención de casos VIFS.	Certificación del MINSA	Expediente laboral	Auditaría	10%	Trimestral	Recursos humanos. Docencia
% de personal de salud que cumple las normas y protocolos de atención VIFS.	Nombre del recurso Categoría profesional Protocolos	Expediente clínico	Auditaría	10%	Trimestral	Recursos humanos. Docencia
% de unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS.	Nombre de la unidad Nombre del recurso Categoría profesional	Libros de actas	Auditaría	10%	Trimestral	Recursos humanos. Docencia
% de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.	Nombre del recurso Cargo del recurso	Expediente clínico	Auditaría	10%	Trimestral	Dirección atención médica
% de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses "at honoris" que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del Instituto de Medicina Legal (IML).	Nombre del recurso Categoría profesional Certificación por CSJ en expediente laboral	Expediente clínico	Auditaría	10%	Trimestral	Jefe de servicios Sub dirección médica

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información	Muestra	Frecuencia	Responsable
<p>% del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.</p> <p>% de personal de salud que utilizan todos los formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.</p>	<p>Diagnóstico Edad Sexos</p>	<p>Expedientes clínicos</p> <p>Expediente clínico Vigilancia epidemiológica</p>	<p>Auditorias</p> <p>Auditorias</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p>	<p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p>	<p>Jefes de servicios</p> <p>Jefes de servicios</p>
<p>% del personal de salud que realizan el registro de casos en el expediente clínico de acuerdo a lo establecido en normas y protocolos VIFS.</p> <p>% del personal de salud que toma muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.</p> <p>% de personal de salud hará resguardo de muestras y evidencias tomadas de mujeres, personas adultas, niños, niñas y adolescentes afectados por VIFS.</p>	<p>Diagnóstico Edad Sexos</p> <p>Certificación por la CSJ en expediente laboral</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico Libro de notificación de evidencias forenses</p> <p>Expediente clínico Libro de notificación de evidencias forenses</p> <p>Expediente clínico</p>	<p>Auditoria</p> <p>Auditoria</p> <p>Auditoria</p> <p>Auditoria</p>	<p>100%</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>	<p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p>	<p>Jefe de servicios Sub dirección médica</p> <p>Jefe de servicios Sub dirección médica</p> <p>Jefe de servicios Sub dirección médica</p>

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de víctimas de VIFS que son valoradas por los médicos forenses "at honoris".						
% de usuarias afectadas por VIFS satisfechas con la atención brindada en los servicios de salud Umbral: 80 – 85 %.	Resultados de encuestas de evaluación a usuarios/as.	Informes técnicos de resultado de encuestas	Auditoria	80 a 85 %	Semestral	Director de la unidad
% de Casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud.	Diagnóstico Edad, Sexos	Expediente clínico	Auditaría	100%	trimestral	Jefe de servicios Sub dirección
% de Casos VIFS que son remitidos a instituciones para seguimiento de sus problemas.	Diagnóstico Edad, Sexos	Expediente clínico Referencia y contrarreferencia	Auditaría Registros de instituciones	100%	trimestral	Jefe de servicios Sub dirección
% de personal de salud que atiende casos VIFS que aplican plan de auto cuidado. % de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	Área de atención Perfil profesional Registros de sectorización y resultados de censo familiar de la dispensarización	Expediente personal, Plan de auto cuidado Cuaderno de registro de dispensarización.	Auditaría Auditaría	100 % 100 %	Trimestral Trimestral	Jefe de servicios Sub dirección médica Director de la unidad
No. % de Unidades de salud que disponen de coordinación intersectorial para el abordaje de las VIFS.	Instituciones integradas en la red Frecuencia de análisis de información interinstitucional	Libros de actas	Auditaría	100%	Trimestral	Director SILAIS

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS. Umbral: 100 %	Tipo de material		Encuesta a usuarios (as)	100%	Trimestral	Jefe de servicios Sub dirección médica
% de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos para acceso al sector justicia. % de Casos VIFS detectados son reportados a vigilancia epidemiológica. % de personas VIFS que son atendidas por un recurso del equipo multidisciplinario VIFS de la unidad de salud. % de personal de salud que garantiza el tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas de los casos VIFS. % de Casos VIFS que son remitidos a instituciones para el abordaje de sus problemas.		Expediente clínico. Registro vigilancia epidemiológica Expediente clínico Expediente clínico, formatos de referencia y contra referencia Cuadernos de registros y formatos de referencia y contra referencia	Revisión de expediente y entrevistas Auditoria Auditoria Auditoria Auditoría	100 % 100% 100 % 100 % 100 %	Trimestral Trimestral Trimestral Trimestral Trimestral	Director de la unidad Director de la unidad Director de la unidad Director municipal Director municipal

SUPERVISIÓN DE NORMAS DE ATENCIÓN DE VIFS

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD	No.	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento												
			Min	Max	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
Competencia técnica	1	% de unidades de salud del SILAIS que implementan Plan de sensibilización y capacitación al personal de salud.	90	100													
	2	% de personal de salud capacitado en la atención de casos VIFS.	90	100													
	3	% de personal de salud que cumple las normas y protocolos de atención VIFS.	90	100													
	4	% de Unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS.	90	100													
	5	% de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.	90	100													
	6	% de personas víctimas de VIFS a las cuales se les elaboro plan de prevención.	90	100													
	7	% de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses “at honoris” que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del Instituto de Medicina Legal (IML).	90	100													

SUPERVISIÓN DE NORMAS DE ATENCIÓN DE VIFS

Dimensión de la calidad	No.	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
			Min	Max	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Eficiencia	1	% del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.	90	100										
	2	% de personal de salud que utilizan todos los formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.	90	100										
	3	% del personal de salud que realizan el registro de casos en el expediente clínico de acuerdo a lo establecido en normas y protocolos VIFS.	90	100										
	4	Porcentaje del personal de salud que toma muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.	90	100										
	5	% de personal de salud hará resguardo de muestras y evidencias tomadas de mujeres, personas adultas, niños, niñas y adolescentes afectados por VIFS.	90	100										
	6	% de víctimas de VIFS que son valoradas por los médicos forenses "at honoris".	90	100										
Relaciones interpersonales	1	% de usuarias afectadas por VIFS satisfechas con la atención brindada en los servicios de salud.	90	100										
	2	% de personal de salud que atiende casos VIFS que aplican plan de auto cuidado.	90	100										
Oportunidad, acceso y rapidez	1	% de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	90	100										
	2	% de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS. Umbral: 100 %	90	100										
	3	% de personas VIFS satisfechas por la atención sin discriminación.	90	100										
	4	% de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos para acceso al sector justicia.	90	00										

SUPERVISIÓN DE NORMAS DE ATENCIÓN DE VIFS

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD	No.	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
			Min	Max	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Continuidad	1.	% de Casos VIFS detectados que son reportados a vigilancia epidemiológica.	90	100										
	2.	No. % de Unidades de salud que disponen de coordinación intersectorial para el abordaje de las VIFS.	90	100										
	3.	% de personas VIFS que son atendidas por un recurso del equipo multidisciplinario VIFS de la unidad de salud	90	100										
	4.	% de personal de salud que garantiza el tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas de los casos VIFS.	90	100										
	5.	% de Casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud a través de citas subsecuentes.	90	100										
	6.	% de Casos VIFS que son remitidos a otras instituciones para el abordaje de sus problemas	70	80										

XII. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

12.1 RECURSOS MATERIALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS VIFS

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

- 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.
- La designación de un punto focal dispuesto y sensibilizado, que cuente con las condiciones mínimas materiales necesarias para asegurar un ambiente de calidez, confidencialidad privacidad, iluminación y ventilación adecuada para brindar la atención en la unidad de salud que merecen las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- Instrumentos necesarios para la atención:
 - Cuestionarios de tamizaje de VIF
 - Fichas de registro y seguimiento de víctimas de violencia
 - Formatos de referencia y contrarreferencia
 - Boletas de notificación obligatoria (vigilancia epidemiológica)
 - Formatos de consentimiento informado.
- Kits para tomar y resguardo de evidencias forenses.
- 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.
- Tener un directorio de todas las organizaciones de referencia.

12.2 FUNCIONES DE LOS RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos capacitados en la atención de VIFS de las unidades de salud realizarán las siguientes funciones:

- Aplicar de forma obligatoria el cuestionario de tamizaje cuando se sospeche que la persona atendida está sufriendo violencia intrafamiliar y sexual.
- Aplicar y cumplir con las normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual.

- Aplicar la ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia.
- Registrar y reportar los datos estadísticos de violencia intrafamiliar y sexual en el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA.
- Reportar en casos necesarios, según la ley, a las autoridades competentes cuando se traten de menores de edad.
- Promover el trabajo en equipo interdisciplinario y de ínter consulta 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 vulnerable.
- 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 líderes comunitarios y 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 y con la participación activa de la comunidad.

12.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA VIFS

Principios. Los servicios de atención de VIFS, se basan en los principios del MOSAFC, los que están orientados a mejorar la cobertura y calidad, contemplando para esto:

Accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica	Todos los servicios garantizan 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	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, y a la de los miembros de su familia, de su comunidad, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Longitudinalidad

El servicio de salud asegurará la relación personal a largo plazo entre el personal de salud y las personas afectadas por VIFS. Esto implica que existe un lugar, una persona o un equipo de trabajo que provee atención a lo largo del tiempo, tanto para acciones de prevención, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (recordar que la rehabilitación se relaciona aquí con la restitución de los derechos de las personas), brindando regularmente atención centrada en la persona.

Coordinación entre los niveles de atención en salud organizado en redes de servicios.

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.

Desarrollo de la Atención de la violencia intrafamiliar sexual considerando tres escenarios

La atención estará centrada tres escenarios.

- 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
- 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.

Componentes Toda intervención debe ser desarrollada a través de tres componentes básicos:

- Evaluación integral de la situación de la persona afectada por VIFS.
- Identificación de todos los problemas vinculados a la situación de violencia sufrida por la persona consultante.
- Elaboración de un “Plan de intervención” acorde a las necesidades cambiantes de las persona afectada por violencia intrafamiliar y sexual.

Enfoques:

También considera los siguientes enfoques: Interdisciplinariedad, Intersectorialidad, Equidad de género y generacional y Enfoque de riesgo.

La Interdisciplinariedad:

- La atención de la violencia intrafamiliar y sexual se desarrollará a través del 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.
- Incluye acciones en el ámbito de los servicios de salud así como de otros servicios que no se brindan en las unidades de salud (acompañamiento legal, atención policial, atención psico-social, entre otras).

La Intersectorialidad:

- Se realiza trabajo coordinado con todos los sectores sociales involucrados en garantizar la intervención oportuna, eficaz, de calidad y con calidez.
- Tiene como propósito el generar cambios positivos en la persona, la familia y la comunidad.
- Realiza la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual y la promoción de estilos de vida saludables.
- La coordinación interinstitucional e intersectorial se establece mediante la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, otras instituciones del estado y la sociedad civil.

La Equidad de Género y Generacional, que 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.
- Desarrollar estrategias dirigidas a desmontar los mitos y prejuicios que pretenden justificar la violencia, 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, y a las personas de la tercera edad.

El Enfoque de Riesgo

- Se aplica como una herramienta de análisis de salud pública para identificar los grupos mas vulnerables con relación a los hechos de la violencia intrafamiliar y sexual
- Se utiliza para diseñar las intervenciones de acuerdo a las necesidades y prioridades de las personas afectadas por VIFS.

Características generacionales de la atención

La atención de VIF se realiza considerando las características generacionales y de género, asegurando:

- Atención para personas adultas
- Atención para mujeres, principalmente por violencia de pareja
- Atención a la niñez y adolescencia.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

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.

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

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.

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

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

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

INIM, Plan Nacional para la Prevención de la 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.

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

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

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.

OPS, Módulo 4: ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO. Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores, (S.f).

OPS, 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.

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.

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

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.

XIV. ANEXOS

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 obliga 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.

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

ÍNDICE	Página
I. INTRODUCCIÓN	63
II. POBLACION META	65
III. OBJETIVO	65
IV. DEFINICIÓN	65
V. ETIOLOGÍA	65
VI. FACTORES DE RIESGO PARA VIVIR SITUACIONES DE VIF	66
VII. CLASIFICACIÓN	68
VIII. DIAGNÓSTICO	69
IX. PROCEDIMIENTOS	71
X. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	85
XI. PREPARACIÓN Y AUTO CUIDO DEL PERSONAL DE SALUD	86
XII. FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIF	88
ANEXOS	89

I. INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar (VIF) es considerada a nivel internacional y nacional como violación de los derechos humanos y un problema de atención prioritaria en Salud Pública. La magnitud del problema de la violencia intrafamiliar requiere un abordaje integral y multisectorial. Además, precisa conocer e implementar el enfoque de género en las acciones de salud en respuesta a la violencia intrafamiliar por las implicaciones que las relaciones de poder, de dominio y subordinación tienen, en las situaciones de violencia.

Este es un problema que afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables: mujeres, niños, niñas, adolescentes y las personas mayores.

Es por ello que los servicios de salud deben brindar atención a la violencia intrafamiliar, asegurando la equidad, la calidad, la accesibilidad, desarrollando acciones estratégicas para dar respuesta a las necesidades en salud de personas.

Niveles de capacidad resolutive

Nivel de atención	Personal	Actividades a desarrollar	Requerimientos
Comunidad	Líderes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de casos VIF • Notificación al nivel correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a líderes comunitarios • Materiales de promoción • Hojas de referencia
Puestos de Salud	Personal de enfermería Médicos SS Médicos Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería • Utilización formato de tamizaje para identificar casos de VIF • Atención de casos VIF identificados o por demandas espontáneas según nivel de resolución • Garantizar estabilización clínica de la víctima sobreviviente • Resguardo de evidencias forenses (Importancia de una buena historia clínica) • Notificación a Vigilancia Epidemiológica • Referencia a unidad de mayor nivel de resolución • Seguimiento en coordinación multisectorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado en normas y protocolos de atención VIFS • Insumos para atención a víctimas de VIF • Formatos de referencia y contrarreferencia • Boletas de notificación a vigilancia epidemiológica • Medios de comunicación y transporte
Centros de Salud sin cama	Personal médico y de enfermería. Técnicos de laboratorio, estadística, etc.	Además de las establecidas para P/S: <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a punto focal VIF/S • Notificación a vigilancia epidemiológica y a autoridades locales competentes (Comisaría, Policía, Fiscalía, etc) • Referencia y/o acompañamiento a unidad de salud de mayor resolución u otra institución/organismo para su atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado en normas y protocolos de atención VIFS • Kits para atención a víctimas de VIFS • Formatos de referencia y contrarreferencia • Boletas de notificación a vigilancia epidemiológica • Medios de comunicación y transporte
C/S, C/C y Hospitales	Personal médico, enfermería, técnicos de laboratorio y para exámenes especiales (U/Sonido, Rayos X, etc).	Además de todas las establecidas en C/S sin cama: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso u Hospitalización cuando caso lo amerite 	Además de las establecidas a C/S sin cama: <ul style="list-style-type: none"> • Camas disponibles para internamiento • Valoración x equipo multidisciplinario • Disponibilidad de quirófanos para intervenciones quirúrgicas si son necesarias • Rehabilitación: Entre otros, referencia a Grupos de Autoayuda

II. POBLACION META

Está dirigida a atender a los grupos más afectados: mujeres, niños, niñas, adolescentes y las personas mayores.

III. OBJETIVO

Establecer y estandarizar la atención a víctimas de violencia intrafamiliar para que el personal prestador de servicios del sector salud pueda hacer un abordaje adecuado con estas personas en todo el país.

IV. DEFINICIÓN

La violencia 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 una persona con más poder que la otra persona, donde el empleo de la fuerza y el abuso de poder constituyen 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.

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.⁹

V. ETIOLOGÍA

Para el abordaje y comprensión de las causas de la violencia intrafamiliar, es necesario conocer y comprender el marco ecológico, a partir de ahí se entienden que no es suficiente la intervención desde el espacio de la salud en la detección, el diagnóstico, el registro y el seguimiento, entre otros. Se hace necesario el reconocimiento de aspectos culturales, históricos, legales y sociológicos y su incorporación (sumar saberes), para ofrecer la integralidad que se requiere, con la participación plena de estos sectores e instituciones.

La explicación del Modelo Ecológico permite comprender el origen de la violencia. Este modelo¹⁰, explica que la realidad familiar, la realidad social y la cultura se

⁹ Cidhal, Violencia Doméstica, Cuernavaca-Morelos, México 1998.

¹⁰ Jorge Corsi, Violencia Intrafamiliar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Ed. Paidós, 3° reimpresión, Buenos Aires, 1999.

encuentran organizadas como un todo articulado incidiendo de manera directa desde una perspectiva amplia y abarcadora 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.

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.

Los subsistemas del Modelo son: Macro sistema, Exo sistema, Microsistema, Persona. Las dimensiones son: Dimensión Cognitiva, Dimensión Conductual, Dimensión Interaccional.

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 (Ver Norma para mayor comprensión).

VI. FACTORES DE RIESGO PARA VIVIR SITUACIONES DE VIF

Violencia física

SOCIOCULTURALES	
Bajo nivel educativo y de ingreso (no es una constante) Desempleo Sub valoración social de la mujer Reconocimiento del machismo como valor social Impulso de conductas discriminatorias hacia la mujer Sub valoración de la niñez y la adolescencia	
DEL AGRESOR (PADRE, HIJO, CÓNYUGE, OTROS FAMILIARES)	DE LA PERSONA AGREDIDA:
Antecedentes de maltrato Bajo nivel de escolaridad Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.) Rivalidades permanentes Alcoholismo y Drogadicción Trastornos de personalidad Valoración de la violencia física como medio de resolución de conflictos Desconocimiento de los derechos de la mujer, de la niñez y la adolescencia	Historia de maltrato, vivir situaciones traumáticas en la infancia Pasividad e inseguridad Agresividad e intolerancia Alcoholismo y drogadicción Discapacidades Baja autoestima Incapacidad de tomar decisiones autónomas Dependencia económica Desconocimiento de derechos

Violencia psicológica

FAMILIARES	SOCIALES
<p>Situaciones traumáticas de la infancia. Discapacidades. Intolerancia a la diferencia. Noviazgos apresurados, superficiales o forzados que no permiten la compenetración afectiva de la pareja. Uniones forzadas por situaciones imprevistas. Desacuerdo en los intereses prioritarios de cada uno. Dependencia afectiva, económica, social, etc. Ausencia y exceso de autocrítica. Influencia de las familias de origen en la relación conyugal. Trastornos mentales. Alcoholismo y drogadicción. Desacuerdos en la crianza y socialización de los/as hijos/as. Tendencia a interesarse más por las familias de origen, que por situaciones de la propia familia. Disputas por la posesión de bienes o por la satisfacción de necesidades económicas como respuesta a dificultades de tipo afectivo. Alianzas o formación de bandos entre los miembros de la familia.</p>	<p>Dificultades económicas o laborales. Tensiones sociales. Significado cultural desvalorizante de la mujer en la relación de pareja. Falta de énfasis del Estado en la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas. Concepciones culturales erróneas sobre los diferentes roles y formas de interacción autoritaria en la familia y en la pareja.</p>

Violencia sexual

SOCIOFAMILIARES	
<p>Crisis familiares. Reconocimiento del machismo como valor social. Mitos y tabúes sobre la sexualidad. Sub valoración de la mujer. Hacinamiento. Significado de la mujer, adolescente y la niña como objeto sexual (revistas, televisión, publicidad). Alcoholismo y Drogadicción.</p>	
DEL AGRESOR	DE LA AGREDIDA
<p>Desconocimiento de los derechos de la mujer. Práctica del machismo como forma de relación. Inadecuada educación sexual. Padrastrros y familiares con débiles lazos afectivos. Trastornos de personalidad.</p>	<p>Dependencia económica y emocional. Baja autoestima. Bajo nivel educativo. Pasividad e inseguridad. Educación basada en estereotipos de género. Discapacidades. Desconocimiento de sus derechos. Enfermedad mental. Limitaciones físicas.</p>

VII. CLASIFICACIÓN

La VIF puede ser: física, psicológica, sexual, negligencia, género, pareja (ver definiciones en la Norma).

- a. Violencia Física**
- b. Violencia Psicológica**
- c. Violencia Sexual**
- d. Violencia por negligencia**
- e. Violencia de género**
- f. Violencia de pareja**

f.1 El Ciclo de la Violencia en la Pareja

A través de este Ciclo se 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 está compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja¹¹: Acumulación de tensiones; Explosión o Incidente Agudo; Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa

f.2 Las Etapas de la Violencia de Pareja

Son etapas que caracterizan las experiencias de mujeres en diferentes momentos como un proceso gradual de sentirse atrapada en una relación violenta¹²: *Etapas de Entrega; Etapas de Aguante; Etapas de Desenganche; Etapas de Recuperación.*

g. Maltrato Infantil

Es la forma específica de denominar la violencia en niños y niñas. Su perpetuidad está fundamentada en razón de motivos disciplinarios y/o educativos utilizados por los adultos en su trato con los niños. También tiene que ver con la forma en que la sociedad

Se define como: niños y jóvenes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual y emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. Puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial. Debe haber intencionalidad del maltratador como elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato.

¹¹ Walker Leonore, *The Battered Woman*, Harper Colophon Books, New York. 1979.

¹² Karen Landenburger. *A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship*. Nueva York. 1989. paginas 209-227.

4. Consulta Regional del Maltrato Infantil, Brasil 1992

VIII. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la VIF es indispensable la identificación de Indicadores de Violencia. Pueden ser evidentes cuando se trata de violencia física. Pueden estar disimulados y minimizados cuando se trata de violencia emocional y sexual o bien estar invisibilizados al existir negación de la persona que está viviendo o vivió la experiencia.

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

En la atención:

- 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, quemaduras.
- 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:

Moretones en diferentes partes del cuerpo
Quemaduras, laceraciones
Heridas, fracturas
Problemas crónicos de la salud
Múltiples hospitalizaciones
Embarazos no deseados
Intentos suicidas
Tímpanos perforados
Infecciones de Transmisión sexual
ITS, VIH, Sida
Muerte en condiciones no accidentales

Lo que la persona reporta:

Pellizcos
Bofetadas, puñetazos
Golpes
Empujones, sacudidas
Amenazas con armas
Jalones de pelo
Patadas
Lanzamiento de objetos

Indicadores de Violencia Emocional

Lo que puede observarse:

Múltiples y variadas quejas de salud.
Dolencia crónicas (dolores de cabeza, estomago, espalda...)
Trastornos del sueño

Lo que la persona reporta:

Manipulaciones, culpabilizaciones, críticas constantes
Distancia afectiva por parte del agresor.
Le relata sus aventuras con otras

Trastornos de la alimentación	mujeres
Angustia, ansiedad, miedos, temores, depresión	Promesas o falsas esperanzas de cambio
Recuerdos dolorosos revividos con intensidad (flashback)	Controla las actividades de la víctima
Impotencia, pasividad, introversión, irritabilidad, aislamiento	Prohibiciones a que la víctima realice actividades como: trabajar, estudiar, tener amistades y visitar a la familia.
Problemas con la toma de decisiones	Impide el uso de métodos anticonceptivos
Busca de soluciones mágicas	Creación de un ambiente de miedo y/o terror.
Auto culpa 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	
Búsqueda a soluciones mágicas	
Visitas constantes a la unidad de salud.	

Indicadores en personas adultas mayores y personas con necesidades especiales

Indicadores de violencia física:

Moretones en diferentes partes del cuerpo
Quemaduras
Laceraciones
Heridas
Fracturas
Problemas crónicos de salud
Múltiples hospitalizaciones

Indicadores de Abuso por negligencia:

Desnutrición
Carencia de vestimenta adecuada o necesaria
Constante falta de atención y supervisión en los casos en que las personas lo necesiten.
Constante fatiga, sueño o hambre
Higiene personal defectuosa
Retraimiento, depresión, apatía
Extrema complacencia
Abandono

IX. PROCEDIMIENTOS

IX.1. ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS AFECTADAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN ESPECIAL A MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA DE PAREJA

La persona afectada por VIF acude al servicio de salud por demanda espontánea o referida por otras instituciones, organismos o la comunidad.

El personal de salud brinda un abordaje integral, para ello realiza lo siguiente:

1º. Identificar los indicadores de VIFS

Ante toda persona que acuda a los servicios salud demandando cualquier servicio, el personal de salud desde su capacidad hepática, debe identificar los Indicadores de VIF.

Esta identificación se debe hacer en todas las áreas de servicio de salud destinadas como sitios centinelas (Emergencias de los hospitales, en la Atención Prenatal, 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).

En todos los servicios de atención en salud, anotar y seguir el orden en el expediente clínico de todos los datos orientados en la “Norma para el manejo del expediente clínico”

Al expediente clínico se le debe anexar los resultados del Cuestionario de Tamizaje aplicado.

El Cuestionario de tamizaje facilita la identificación de los indicadores físicos o psicológicos del tipo de violencia. El momento oportuno de aplicar el Cuestionario es durante la toma de la historia clínica. Se puede empezar señalando que el problema de la VIF preocupa a la unidad de salud y que por ello ha decidido preguntar sobre ello a todas las mujeres como dice el cuestionario.

No es correcto tratar de identificar a personas víctimas o sobrevivientes de VIFS utilizando preguntas directas como: ¿Es usted víctima de violencia doméstica?; ¿Ha sido usted agredida por su pareja? por lo que es necesario utilizar mejor el formato de Tamizaje.

2º. Brindar atención general, atención especializada o psicológica

Si los resultados del tamizaje indican que la persona es afectada por VIFS. Siempre se dará prioridad a la atención de la crisis o las lesiones para garantizar el preservar la vida de la persona y a la seguridad de la misma.

Los casos de maltrato contra la mujer, la niñez y la adolescencia deben ser valorados por equipos interdisciplinarios, sensibilizados en el tema, adecuadamente capacitados para su manejo, y que puedan dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso desde la detección.

La atención contiene aspectos dirigidos a:

- Prevenir, reducir los riesgos y evitar mayores daños en la salud de la persona,
- Reducir las posibles complicaciones y discapacidad.
- 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.

El resultado de toda atención de la persona que sufre violencia intrafamiliar debe ser:

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 con la persona afectada, 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.

Lo que el personal de salud debe hacer:

1. Realizar historia clínica completa garantizando la aplicación de orientaciones de la “Norma para el manejo del expediente clínico” lo que incluye por ej. Una buena anamnesis recopilando antecedentes patológicos y no patológicos, los quirúrgicos y los gineco obstétricos (si el caso lo amerita), etc.

La entrevista debe hacerse en un espacio destinado para este efecto (Cuenta con privacidad, adecuada ventilación e iluminación);

Como reglas generales de la entrevista / detección aplica:

- Escucha empática.
- En privado.
- Preguntar de forma directa utilizando expresiones siguientes:

¿Cómo sucedieron?, ¿Cuándo?,
¿De qué manera?, ¿Dónde?,
¿Qué pasó?, ¿Quién?

brindar un ambiente de confianza y de comunicación asertiva que garantice la confidencialidad.

2. Aplicar la Ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia; (Anexo). El original se envía en la referencia y la copia se anexa al expediente.

DURANTE LA ENTREVISTA:	
NO Utilizar la expresión ¿Por qué? ya que es revictimizante; Juzgar Minimizar la situación, Dudar ni insinuar que está mintiendo, Amenazar con negarle ayuda en otra ocasión.	SI Brindar apoyo, contención. Asegurar credibilidad a su relato de los hechos. Permitir la expresión de dolor, llanto, ansiedad, enojo, miedo y de todo lo que está sintiendo para luego aclarar sentimientos. Desculpabilizar Expresar que siempre que necesite apoyo puede volver a la unidad de salud asegurándole la confidencialidad estricta sobre su situación. Detener la entrevista, si es necesario, para facilitar que se calme, Abstenerse a pasar un vaso con agua, y una vez calmado(a) la persona, si es oportuno expresar positividad, estimular su valentía al buscar ayuda para empezar un proceso de atención. Respetar sus decisiones.

3. Registrar en el expediente clínico, las condiciones en que la persona llega a demandar los servicios de salud (por decisión personal; acompañada por su pareja que a su vez puede ser el agresor; por un familiar; referidas por otros servicios, la policía, otras instituciones o centros alternativos). En el expediente clínico no se deben realizar registros que correspondan a juicios personales del que atiende a la víctima, pues esto puede ocasionar la pérdida de esta evidencia en un juicio o ser utilizado por el/la defensora del agresor para eximir de culpabilidad a este. No es correcto anotar por ej. en el expediente clínico: “La paciente esta sumamente nerviosa, agitada o agresiva por el trauma psicológico que le ocasiono la agresión”, esta valoración la debe realizar un psicólogo forense a petición de las partes autorizadas (Ver anexo).
4. Realizar examen físico completo. En sitios donde cuenten con formatos de diagramación del cuerpo humano facilitados por el Instituto de Medicina Legal, hay que utilizarlos para señalar el lugar de las lesiones, principalmente si no se cuenta con cámaras fotográficas.
5. Registrar las condiciones físicas en que se presenta: heridas, golpes, contusiones, sangrando, ropa rasgada, si se cambio ropa o se baño antes de acudir a la unidad, etc.

6. Registrar las condiciones psicológicas: temerosa, llorosa, afecto aplanado, deprimida o muy agitada, con alguna discapacidad, enfermedad crónica, pero sin emitir juicios de valor personal.
7. Realizar estudios complementarios: radiografías, análisis de laboratorio, evaluación de lesiones y de estado psicológico de la persona en el expediente.
8. Aplicar medidas:
 - Tratar lesiones físicas
 - Hospitalización. Si las lesiones físicas o el estado emocional lo requiere. Para las hospitalizaciones se debe considerar el criterio de valoración por las especialidades que requiera el caso, ej. Ortopedia, cirujano, gineco obstetra, psicólogo, etc.
 - Referir a la persona, al punto focal VIFS de atención destinado en la unidad de salud, para la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, para que este garantice el seguimiento en la atención integral de la persona que es víctima de violencia.

3º. Evaluar riesgo y establecimiento de medidas de seguridad

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 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.

Lo que el personal de salud debe hacer:

- a. Evaluar el grado de gravedad de la violencia que está viviendo tanto la persona consultante como los demás miembros de la familia
- b. Evaluar el grado de peligrosidad del agresor¹³
- c. Ofrecer información básica sobre:
 - La violencia en el contexto de las relaciones de pareja
 - Los recursos legales y policiales (denuncia, solicitud de medidas de protección o seguridad, etc.);

La intervención en estas situaciones tiene como propósito fundamental: Preservar la vida en buenas condiciones.
Dentro de la valoración del riesgo, es prioritario evaluar:
Peligrosidad de muerte o suicidio de la mujer y del agresor.
Reincidencia del maltrato y otros abusos.
Maltrato o muerte de los hijos e hijas.

¹³ Ver Aspectos Conceptuales en la Norma

- Sobre los recursos institucionales o comunales o donde puede recibir orientación especializada (consejería y apoyo emocional, refugios, grupos de apoyo o autoayuda, intervención en crisis, etc.)

d. Registrar la respuesta de la persona al ofrecimiento de las alternativas de atención brindadas por la unidad de salud.

Que acciones tomar?

- Buscar alternativas de protección y seguridad, según la dedición de ella:
 - Con recursos familiares
 - Con amistades
 - En albergues existentes en el territorio.
- Mostrar a la persona su vulnerabilidad así como sus fortalezas.
- Orientar las fortalezas de la persona afectada para la elaboración de un plan de seguridad que incluya ayuda para ella y los miembros de su familia en peligro.
- Valorar la salida de la unidad de salud. (Las personas agredidas corren más peligro, principalmente de homicidio, cuando deciden denunciar o buscar ayuda)
- Considerar, siempre los criterios de la persona afectada, 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.

e. Otras medidas:

- Referencia: Que puede ser a nivel interno de la unidad o a otras instituciones que tienen que ver con el sector justicia.
- Seguimiento: Aunque la persona víctima de VIFS sea referida a otra institución se le debe garantizar un seguimiento por parte de la unidad de salud, haciendo énfasis en aspectos de prevención de daños auto inflingidos.
- Cita abierta

4^{to}. Registrar y Notificar el caso a Vigilancia epidemiológica

Toda persona del sexo femenino o masculino, con signos y síntomas por lesiones físicas,

Psicológicas o de orden sexual declarada o no, como consecuencia de violencia intrafamiliar y sexual se confirma, descarta o se mantiene como caso sospechoso dentro de las 48 a 72 horas.

Se considera caso confirmado cuando la persona 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.¹⁴

5to. Fortalecimiento y orientación

Lo que debe hacer el personal de salud:

- Orientar a la persona afectada a reconocer sus propios poderes personales, familiares, amistosos y comunitarios
- Brindar información acerca de las diversas alternativas médicas, legales, policiales, psicológicas con que cuenta.
- Brindar información de dónde puede acudir para ser atendida
- Orientar hacia el encuentro de la mejor alternativa que la persona afecta decida para hacerle frente a su condición de salud mental y física en que se encuentra reconociendo que es un proceso largo. La anima a seguir adelante y no abandonar la Ruta Crítica.
- Dar a conocer detalles de las leyes que la protegen.
- Brindar información sobre la importancia de hacer uso de sus derechos como ser humano y como ciudadana que merece vivir una vida sin violencia.

Una buena orientación jurídica incluye la posibilidad de realizar denuncia. Por lo tanto es importante brindarle información sobre: (ver anexos).

- Código Penal (en particular las medidas de protección)
- Código de la Niñez y la Adolescencia
- Ley de Alimentos
- Ley de Divorcio Unilateral
- Ley de Relaciones con Hijos e Hijas
- Artículos contemplados en el Código Procesal Penal que penalizan los delitos sexuales

6to. Referencia, seguimiento y acompañamiento

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.

¹⁴ Documento Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar/ Dra. Dora Caballero.

Lo que el personal de salud debe hacer:

- Realizar seguimiento tanto en consulta médica como en la psicológica
- Integrar a la persona en seguimiento psicológico, mediante la consulta individual o grupal a través de grupos de auto-ayuda (previa aceptación de la persona).
- 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.

- Para una adecuada referencia y contrarreferencia es imprescindible establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales y así disponer de los servicios necesarios para la atención especializada y oportuna que ameriten las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- Ofrecer material informativo y orientador acerca de los servicios de atención que incluya información sobre las unidades de salud y centros alternativos: teléfonos, dirección, tipos de servicios que se ofrecen.

IX.2. ATENCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA AFECTADAS POR VIF

La atención a la niñez y a la adolescencia afectada por la violencia intrafamiliar y sexual tiene como propósitos:

- Identificar, detectar y atender de manera integral y con enfoque de derecho a los niños, niñas y adolescentes.
- Garantizar la salud física y mental.
- Asegurar la prevención, atención y rehabilitación de la VIF, mediante la coordinación multisectorial e interinstitucional.
- Asegurar la protección especial (médica, psicosocial, jurídica, etc.).

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:

El interés superior del niño,

El reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos 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.

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:

- 1^{ro}. Ingreso del niño, niña o adolescente a la unidad
- 2^{do}. Identificación y Detección del Niño, Niña o Adolescente a la unidad de salud
- 3^{ro}. Evaluación de Riesgo y Establecimiento de Medidas de Seguridad
- 4^{to}. Fortalecimiento y Orientación
- 5^{to}. Referencia, Seguimiento y Acompañamiento
- 6^{to}. Otras acciones

1^{ro}. Ingreso del niño, niña o adolescente a la unidad

Lo que se debe hacer:

- Aplicar el cuestionario del tamizaje (Ver anexo de este protocolo), al inicio de la consulta, si es que se sospecha que es víctimas de VIF.
- Identificar indicadores de violencia en la niñez y adolescencia.
- Una vez identificado, registrar los datos generales del niño, niña o adolescente que acuda a cualquier unidad o servicio de salud.
- Registrar con detalle todos y cada uno de los indicadores de su condición física y estado emocional, 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. Además de lo estipulado en la “Norma para el manejo del expediente clínico” deberá realizar anotaciones en el expediente clínico de algunas características del agresor que sean descritas por la persona que sufrió VIFS. (ver en anexo ejemplo de registros).

2^{do}. Identificación y Detección del Niño, Niña o Adolescente a la unidad de salud.

El personal de salud encargado de la primera atención debe realizar lo siguiente:

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.

Durante el momento de detección puede requerir de realizar una intervención en crisis 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.

Realizar la entrevista en un espacio destinado para este efecto. El espacio cuenta con privacidad, adecuada ventilación, limpieza e iluminación.

Atender las reglas generales de toda primera intervención y brindar la atención con escucha empática:

DURANTE LA ENTREVISTA

NO

Utilizar la expresión ¿Por Qué? ya que es revictimizante.
Juzgar.
Minimizar la situación.
Dudar ni insinuar que está mintiendo.
Amenazar con negarle ayuda en otra ocasión.
Revictimizar
Interrogarle en demasiadas ocasiones sobre la situación vivida.

SI

Brindar apoyo, contención
Asegurar credibilidad a su relato de los hechos
Permitir la expresión de dolor, llanto, ansiedad, enojo, miedo y de todo lo que está sintiendo para luego aclarar sentimientos
Desculpabilizar
Expresar que siempre que necesite apoyo puede volver a la unidad de salud asegurándole la confidencialidad estricta sobre su situación
Detener la entrevista, si es necesario, para facilitar que se calme. Hay que dejar que la persona se desahogue todo lo que pueda y una vez calmado(a) el niño, niña o adolescente, si es oportuno expresa positividad, estimula

su valentía al buscar ayuda para
empezar un proceso de atención
Respetar sus decisiones
Dar prioridad a la atención de las
lesiones, si tiene heridas o se encuentre
en estado inconsciente
Si es necesario derivar al segundo nivel
de atención

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:

- Establecer confianza y seguridad haciéndole saber que se le cree, escucha y apoya para enfrentar lo que está viviendo
- Utilizar técnicas de comunicación efectiva.
- Usar lenguaje sencillo (acorde a su edad, nivel de escolaridad, etc.).
- Asegurar que atención que se le ofrece es en su beneficio, que se le acepta, no se le juzga, condena o estigmatiza.

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.).

Registrar las atenciones sub-secuentes 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.

Si es un caso en situación de Explotación Sexual comercial:

Registrar y reportar al responsable de la unidad de salud. El responsable de la unidad de salud pone 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

Realizar registro del caso y reportar a vigilancia epidemiológica.

3^{ro}. Evaluación de Riesgo y Establecimiento de Medidas de Seguridad

Lo que el personal de salud debe hacer:

- Evaluar la situación de riesgo e identifica las medidas de seguridad adecuadas a cada caso.
- Tomar en cuenta la opinión del niño, niña o adolescente y el criterio de la persona adulta que le acompaña acerca del peligro que le rodea, siempre y cuando ésta fuente sea confiable.
- Evaluar el nivel de gravedad de la violencia que está viviendo la niña, niño o adolescente:
- Valorar el grado de peligrosidad¹⁵ del agresor, para de esta manera prevenir mayores daños, y nuevos eventos de violencia.
- Buscar alternativas de protección y seguridad.

Realizar preguntas exploratorias para valorar el nivel de riesgo: 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 preguntas para identificar factores protectores que faciliten la formulación de las medidas de seguridad pertinentes:

- Mostrar su vulnerabilidad y sus fortalezas y orienta estas últimas para la elaboración de un plan de seguridad¹⁶ 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.
- Remitir a las instancias correspondientes, todos los casos en los que la integridad de la niña, niño o adolescente se encuentra en alto riesgo para la aplicación de las Medidas de Defensa, Medidas de Resguardo y Protección, Medidas de Seguridad Pública.
- 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, valora las medidas de seguridad, incluso su salida de la unidad de salud.
- Realizar exámenes para detectar ITS, VIH y SIDA; prueba de embarazo en el caso de niñas, niños o adolescentes que hayan sido víctima de delitos sexuales.

4^{to}. Fortalecimiento y Orientación

a) AL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Proporcionar información acerca de la situación dolorosa que le ha tocado vivir a la niña, niño, adolescente afectado/a 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

¹⁵ Ver Aspectos Conceptuales en la Norma.

¹⁶ Ver Glosario

apoyo, personal, familiar y local con que cuenta, mismos que pueden ser de utilidad para referir aquellos casos que lo ameriten.

Dirigir su intervención hacia el empoderamiento personal. Trabaja 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.

El agresor es 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 propicia 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;

- Brindar apoyo incondicional, de aliento y estímulo para continuar adelante y mantenerse en la ruta crítica.
- Expresarle solidaridad y apoyo, en el proceso que decida o bien invitarla a continuar recibiendo apoyo en el servicio de salud mientras no tomen una decisión sobre qué hacer.
- Proporcionarle elementos de auto cuidado, que le permitan detener futuras agresiones.
- Destacar la necesidad de asistir al 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.

Como producto de la 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.

Para brindar orientación adecuada y facilitar el fortalecimiento a este importante grupo de población es imprescindible el dominio del Código de la Niñez y la Adolescencia

b) - A LAS PERSONAS QUE ACOMPAÑAN A LOS NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES:

- Hacerle ver que no es culpable de lo que le ha ocurrido.

- Hacerle ver que puede tener mucha fortaleza, para llevar adelante el proceso de atención de la persona que fue violentada o abusada y que es una fuente de apoyo muy importante para él o ella.
- Hacerle ver la importancia del proceso psicoterapéutico.
- Proporcionarle elementos de prevención que le permitan estar alerta y detener una nueva agresión al niño, niña o adolescente.

5^{to}. Referencia, Seguimiento y Acompañamiento

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

- Ofrecer acompañamiento y/o referencias, dentro de la misma unidad a cualquiera de los servicios especializados en salud que sean necesarios, es decir los servicios del Ministerio de Salud en sus tres niveles de atención
- 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
 - Ministerio Público
 - Sistema Judicial
 - Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia

6^{to}. Otras acciones

- Informar de forma inmediata, al director o responsable de la Unidad de Salud para que éste remita 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 dispone de los servicios necesarios para la atención especializada y oportuna que ameriten la Niñez y la Adolescencia afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- Brindar 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 asumirla 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 autocuidado, independencia, autonomía y empoderamiento.

X. 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, organizaciones de salud y la comunidad, que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como reducir las complicaciones y/o las secuelas de discapacidad

La prevención de la violencia intrafamiliar se realiza de la siguiente manera:

Prevención Primaria: Desarrollo de acciones educativas dirigidas a prevenir el evento de violencia mediante la Promoción de:

- Estilos de vida diferentes
- 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,
- Desarrollo de la afectividad, la resolución pacífica de conflictos, etc.

Prevención Secundaria: Se desarrollan medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia:

- Atención 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: Se establecen 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.

XI. PREPARACIÓN Y AUTO CUIDO DEL PERSONAL DE SALUD

Algunos aspectos que el personal de salud debe tomar en cuenta para el auto cuidado son:

- Mantener un proceso de revisión personal, que le permita reflexionar sobre su propia situación de vida y las situaciones de violencia intrafamiliar que vive o ha vivido. Para ello es necesario tener en cuenta que el personal de salud, también está expuesto a vivir o ha vivido experiencias de violencia, en su niñez, adolescencia o en la actualidad y que una de las condiciones para llevar adelante procesos de atención de mujeres, niñas, niños y adolescentes que viven o han vivido violencia es que el personal que atiende viva de forma sistemática este proceso.
- Establecer mecanismos y dinámicas de comunicación y confianza entre el personal de salud que les facilite la cohesión grupal, promoviendo la descontaminación del personal de salud.
- Promover la realización de grupos de autoayuda, orientados para el personal de salud, que realiza atención directa a casos de violencia intrafamiliar.
- Sustener un proceso de capacitación y sensibilización de forma sistemática para el personal de salud.

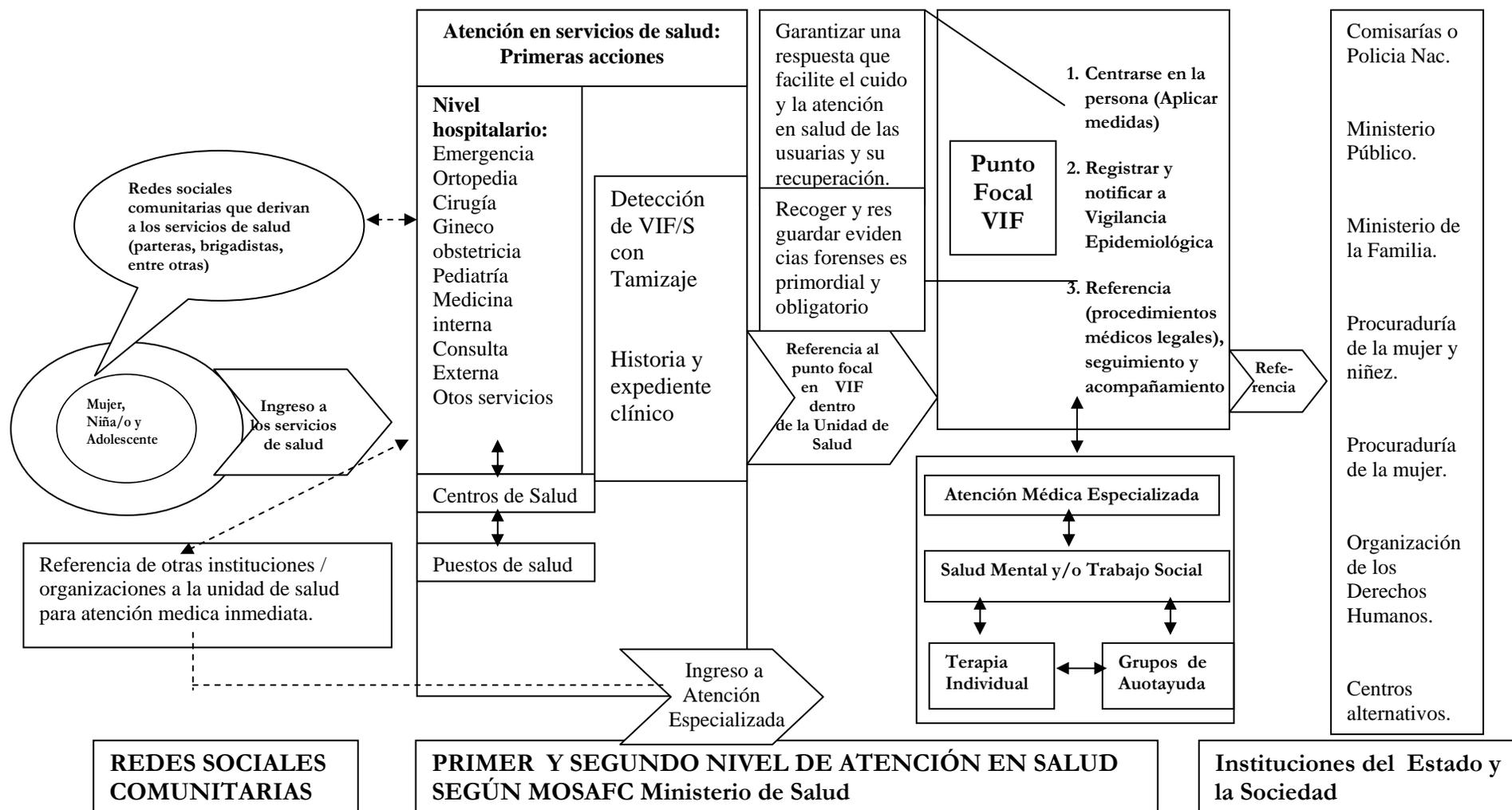
El personal que vive violencia intrafamiliar, debe reconocer los límites personales para la realización de la atención de estos casos. Por tal razón debe asumir la referencia como una alternativa para su estabilidad emocional y garantizar la atención de los casos de violencia que no le es posible atender.

RESULTADO ESPERADO UNA VEZ QUE SE HA ATENDIDO A UN NIÑO/A O ADOLESCENTE QUE HA SIDO VÍCTIMA O SOBREVIVIENTE DE VIF:

Una niña, niño, adolescente o adulta con las siguientes características:

- Más segura de sí misma
- Con conciencia de su condición de sobreviviente de violencia.
- Comprometida/o a mantenerse acudiendo a 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.
- Actuación que indique que se encuentra recuperada física y psicológicamente

XII. FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIF



ANEXOS

ANEXO No. 1 Protocolo VIF

**MINISTERIO DE SALUD
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PERSONAS ADULTAS*
(ESTA HERRAMIENTA ES APLICABLE PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y
SEXUAL)**

Lugar de la Consulta:

Fecha de Consulta:

Motivo de Consulta o Dolencia:

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas de nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las personas que vienen a nuestro Centro/Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

1. ¿Alguna vez en su vida ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí _____

No _____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____

Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

2. (SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS) ¿Desde que salió embarazada ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos, o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí _____

No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____

Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

3. ¿Alguna vez en su vida se ha sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos de abuso que le hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí_____ No_____ (pasar a pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se ha sentido así? No ha vuelto a pasar_____ Sólo a veces_____

Muchas veces_____ Todo el tiempo_____

¿Quién la ha hecho sentir así?_____

(Énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

4. ¿Alguna vez en su vida la han obligado o se ha sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?

Sí_____ No_____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar_____ Sólo a veces_____

Muchas veces_____ Todo el tiempo_____

¿Quién lo hizo?_____

(el énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

5. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?
6. ¿Le tiene miedo a su pareja (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

* Este cuestionario de Tamizaje se elaboró a partir de diferentes guías que se han usado en Nicaragua y en otras partes del mundo.

ANEXO No. 2 Protocolo VIF

**MINISTERIO DE SALUD
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE ADOLESCENTES*
(ESTA HERRAMIENTA ES APLICABLE PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y
SEXUAL)**

Lugar de la Consulta:

Fecha de Consulta:

Motivo de Consulta o Dolencia:

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las adolescentes y las niñas que vienen a nuestro Centro/Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

1. ¿Alguna vez en tu vida has recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o te han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que te hayan causado daños?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo

hizo/hace? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

2. (SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS) ¿Desde qué saliste embarazada has recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos, o te han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que te hayan causado daños?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

3. ¿Alguna vez en tu vida te has sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos negativos que te hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia te has sentido así? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién te ha hecho sentir así? _____

(Énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

4. ¿Alguna vez en tu vida te han obligado a ver cosas que no te gustan o te has sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?¹⁷

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____
(el énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

5. ¿Te sentís segura volviendo hoy a tu casa (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?
6. ¿Le tenés miedo a tu novio/pareja (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

* Este cuestionario de Tamizaje se elaboró a partir de diferentes guías que se han usado en Nicaragua y en otras partes del mundo.

¹⁷ Es importante tomar en cuenta que este tamizaje es recomendable aplicarlo con todas las adolescentes embarazadas por las altas probabilidades que existen de abuso sexual.

ANEXO No. 3

REGISTRO EN EXPEDIENTE CLÍNICO *

El registro en el expediente clínico de los daños causados a la mujer u adolescente por la violencia doméstica (VIF) es importante por muchas razones:

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

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

Descripción	
La víctima, una mujer de 15 años, manifiesta haber encontrado al agresor en la calle, y habló con él durante 20 minutos. Después el agresor le golpeó la cabeza con un hierro, dejándole lesiones en la parte superior del cráneo.	
<u>Diagnóstico:</u>	Hematoma occipital y herida sangrante de más de 10 centímetros de largo.
<u>Plan:</u>	1. Radiografía del cráneo, de emergencia. 2. Sutura de la herida sangrante. 3. Analgésicos c/8 horas x 5 días. 4. Cita en 24 horas.

¿Qué le hace falta a este expediente clínico?

Aunque este expediente contiene toda la información necesaria para el seguimiento médico del caso, no incluye la información clave para entender el trasfondo de lo que le pasó a la joven, ni para asegurar que no le volverá a pasar: ¿Quién es el agresor?

Es muy probable que esta información fuera proporcionada al personal de salud en el momento del examen, sin embargo no consideraron necesario incluirlo en el expediente. Sin este dato no es posible clasificar correctamente la causa de la lesión, ni le servirá como insumo al médico forense si la joven decide poner una denuncia formal.

La décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) * establece una clasificación de lesiones intencionales por VIF, lo que permite que estos datos se integren fácilmente al sistema de registro y vigilancia epidemiológica del sistema de salud. Para realizar la clasificación, es necesario saber el parentesco del agresor con la víctima: Si es cónyuge, padre, hermano, novio, desconocido, etc.

Otra forma de presentar la misma información podría ser así:

DESCRIPCIÓN:

La víctima, una mujer de 15 años, manifiesta haber encontrado a su novio de 20 años en la calle y habló con él durante 20 minutos. Después **el novio** le golpeó la cabeza con un hierro, dejándole lesiones en la parte superior del cráneo.

Diagnóstico:

Hematoma occipital y herida sangrante de mas de 10 centímetros de largo producida por violencia doméstica, que durará aproximadamente 15 días en curarse.

La paciente fue informada de sus derechos legales. Está muy nerviosa y teme que el agresor trate de agredirla nuevamente por lo que desea poner la denuncia formal del delito.

Plan:

1. Radiografía de cráneo, de emergencia.
2. Sutura de herida sangrante.
3. Analgésicos c/8 horas x 5 días.
4. Entrega de información legal y plan de seguridad.
5. Referencia a la Comisaría de la Mujer y la Niñez, y al Centro de Mujeres para la atención psicológica.
6. Cita en 24 horas.

* Ejemplo extraído de: “¿Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia domestica? Orientaciones básicas para el personal de salud”.

ANEXO No. 4

**MINISTERIO DE SALUD
FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE VÍCTIMAS 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 ___

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: _____

* El llenado de este formato incluye un original y una copia. El original se enviará al lugar donde sea referida y la copia se adjunta al expediente clínico.

**PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y
ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

ÍNDICE	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	100
NIVELES DE CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	103
II. POBLACIÓN DIANA.....	104
III. OBJETIVO	104
IV. DEFINICIÓN	104
V. ETIOLOGÍA	107
VI. FACTORES DE RIESGO	107
VII. CLASIFICACIÓN	109
VIII. DIAGNÓSTICO.....	111
IX. PROCEDIMIENTOS	113
X. COMPLICACIONES	124
XI. TRATAMIENTO.....	126
XII. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO.....	128
XIII. FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VS	126
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	127
ANEXOS	131

I. INTRODUCCIÓN

Abusos sexuales han ocurrido a lo largo de la historia de la humanidad, es anterior a la escritura. Se da en todas las sociedades aunque la frecuencia con la que se identifica y registra varía notablemente. No obstante, las cifras conocidas están por debajo de la incidencia real, ya que en la práctica varios estudios han mostrado que son muchas las mujeres, niñas y adolescentes que han sido agredidas sexualmente que no denuncian.

Los motivos son diversos y algunos tienen que ver con la revictimización (trauma que puede suponerles la investigación policial, proceso judicial o el conocimiento del personal de salud). En otros casos por vergüenza ante la sociedad o tienen miedo a la falta de credibilidad.

“Mundialmente, por lo menos una mujer de cada tres ha sido golpeada, abusada sexualmente o maltratada en el curso de su vida, el agresor es con frecuencia un familiar, una persona allegada o alguien con quien le vincula una relación de autoridad o confianza. Cada vez más se reconoce que la violencia basada en género es un importante problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres”¹⁸.

“En Nicaragua, en el año 2004 se detectó un incremento alarmante de los casos de personas abusadas sexualmente o que son sujetas de violencia intrafamiliar. Según datos del Ministerio de Salud, cada 20 minutos entra a la emergencia de los hospitales del país una mujer que ha sido golpeada por su compañero o abusada sexualmente por este o por algún conocido, los embarazos y partos de menores como producto de violación se han incrementado”¹⁹.

“En el Sistema Nacional Forense de Nicaragua en el año 2004 se reportan 3,017 casos de delitos contra la libertad sexual”²⁰.

En general, las agresiones sexuales tienen lugares de ocurrencia conocidos, las situaciones o experiencias de vida predisponen a la vulnerabilidad para sufrir abusos; las experiencias del Movimiento de Mujeres y de las organizaciones que trabajan con la niñez y adolescencia han demostrado los diversos aprendizajes en cuanto a la prevención, detección y atención, por tanto falta enfrentar el problema y plantearnos alternativas para asumir el rol que nos toca desde nuestra posición en la sociedad.

En referencia a la violencia contra la niñez “también se calcula que existe en el mundo, 40 millones de niños y niñas entre los 0 - 14 años de edad, víctimas de abuso sexual. En un año se reportan 12 millones de crímenes sexuales en el mundo”²¹.

¹⁸ Center for Health and Gender Equity (CHANGE), *Populations Reports*, N° 11, U.S.A., 1999.

¹⁹ *La Prensa*, edición N° 23.598, 10 de Octubre de 2004, Managua, Nicaragua

²⁰ Estadísticas del Sistema Nacional Forense, 2004.

²¹ OMS, 2002

“Datos de la CODENI y Comisarías de la Mujer y la Niñez, en el primer trimestre del 2004, se denunciaron 8.376 hechos, de estos 1.474 correspondían a los abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, lo que superó en casi el 100% en relación a las denuncias presentadas en el primer semestre del 2003 pero, este dato podría reflejar apenas un 10% de la ocurrencia del problema real, ya que según datos que se manejan a nivel mundial, sólo uno de cada 10 casos son los que se denuncian.

Lo que agrava esta situación es que en el año 2004 ocurrieron 94 femicidio, teniendo en cuenta que aquí también están personas menores de edad, presentándose casos tan dramáticos y recientes como el crimen perpetrado en contra de una niña de apenas 3 años quien anteriormente había sido violada en Rivas”²².

Los agresores son menos del 10% personas extrañas según datos de la Policía Nacional, en su mayoría son personas que tienen una relación consanguínea o de autoridad o confianza con la víctima. Los lugares de ocurrencia son mayoritariamente en el hogar, también en albergues infantiles, colegios y otros. Otro dato importante es que “el 95% de los agresores son hombres y las mujeres son sexualmente abusadas tres veces más que los hombres”²³.

En este marco el Gobierno de Nicaragua ha tomado conciencia de la gravedad de este problema y siendo signatario de diversos convenios internacionales, entre estos la Convención de Belén do Pará (1994) para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. En 1996 se emite el Decreto Ministerial N° 67-96 en donde se reconoce a la violencia intrafamiliar como un grave problema de salud pública. En éste, se mandata a las unidades de salud a prestar atención a la población afectada por la violencia intrafamiliar. Así mismo en la Ley General de Salud en la Sección X, artículo 28, dice que es responsabilidad del MINSA y de la Sociedad Civil en su conjunto, contribuir a la disminución sistemática del impacto que la violencia ejerza sobre la salud.

A partir de ello se diseñó toda una estrategia encaminada a divulgar y difundir el problema de la violencia contra las mujeres, además de impulsar procesos de sensibilización y entrenamiento al personal para hacer un abordaje adecuado de quienes demandan servicios en las distintas unidades de salud del País y así disminuir los índices de violencia que afectan a la familia y por ende a la sociedad. Así como promover con la sociedad civil las coordinaciones intersectoriales para contribuir a la reducción del problema con el acompañamiento de Agencias de Cooperación que apoyan las acciones de salud en Nicaragua.

En un primer momento esta estrategia planteó la búsqueda de alternativas para el enfrentamiento de la violencia intrafamiliar, en esto ha sido determinante la incidencia del Movimiento de Mujeres en cuanto a demandar en los espacios

²² *Idem, La Prensa*, edición N° 23.598, 10 de Octubre de 2004, Managua, Nicaragua

²³ *ABC del abuso infantil*, Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, La Mascota, 1999, Managua, Nic.

intersectoriales, en las redes territoriales, en los Comités Técnicos o Consejos Consultivos, que el problema de la violencia de género sea abordado en su justa dimensión, implementándose obligatoriamente las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar en las Unidades de Salud. El propósito de éstas, es establecer reglas y lineamientos para el abordaje a personas afectadas por violencia intrafamiliar y pueda contribuir a la detección, atención-rehabilitación, prevención de la violencia y la promoción de estilos de vida saludables libres de violencia.

En el siguiente cuadro se puede observar los diferentes niveles de capacidad resolutive para la atención de las víctimas de violencia sexual, según el nivel de atención

Niveles de capacidad resolutive para atención a víctimas de violencia sexual

Nivel de atención	Personal	Actividades a desarrollar	Requerimientos
Comunidad	Líderes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de casos VS • Notificación al nivel correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a líderes comunitarios • Materiales de promoción • Hojas de referencia
Puestos de Salud	Personal de enfermería Médicos SS Médicos Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería • Utilización formato de tamizaje para identificar casos de VS • Atención de casos VS identificados o por demandas espontáneas según nivel de resolución • Garantizar estabilización clínica de la víctima sobreviviente • Resguardo de evidencias forenses • Notificación a Vigilancia Epidemiológica • Referencia a unidad de mayor nivel de resolución • Seguimiento en coordinación multisectorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado en normas y protocolos de atención VS • Kits para atención a víctimas de VS • Formatos de referencia y contrarreferencia • Boletas de notificación a vigilancia epidemiológica • Medios de comunicación y transporte
Centros de Salud sin cama	Personal médico y de enfermería. Técnicos de laboratorio, estadística, etc.	Además de las establecidas para P/S: <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a punto focal VS • Notificación a vigilancia epidemiológica y a autoridades locales competentes (Comisaría, Policía, Fiscalía, entre otros). • Referencia y/o acompañamiento a unidad de salud de mayor resolución u otra institución/organismo para su atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado en normas y protocolos de atención VS • Kits para atención a víctimas de VS • Formatos de referencia y contrarreferencia • Boletas de notificación a vigilancia epidemiológica • Medios de comunicación y transporte
C/S, C/C y Hospitales	Personal médico, enfermería, técnicos de laboratorio y para exámenes especiales (U/Sonido, Rayos X, entre otros).	Además de todas las establecidas en C/S sin cama: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso u Hospitalización cuando caso lo amerite 	Además de las establecidas a C/S sin cama: <ul style="list-style-type: none"> • Camas disponibles para internamiento • Valoración x equipo multidisciplinario • Disponibilidad de quirófanos para intervenciones quirúrgicas si son necesarias • Rehabilitación: Entre otros, referencia a Grupos de Autoayuda

II. POBLACIÓN DIANA

Niños
Niñas
Adolescentes
Mujeres
Población en general

III. OBJETIVO

Establecer y estandarizar la atención a víctimas de violencia sexual para que los prestadores de servicios del sector salud puedan hacer un abordaje adecuado con estas personas en todo el país.

IV. DEFINICIÓN

La 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.

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.

Incluye además relaciones emocionales sexualizadas, caricias o manoseos no deseados, exposición obligatoria ante material pornográfico, chantaje sexual, penetración vaginal, oral y/o anal con el pene u/y otros objetos.

Es la forma de violencia que produce un impacto emocional más grave puesto que atenta contra la intimidad, la dignidad, la imagen, la estima y la libertad de la persona.

Violencia Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes

Los niños/as y adolescentes **abusados sexualmente** pueden ser vistos por los pediatras en diferentes circunstancias como:

1. porque él o ella han hecho una declaración de abuso o existen testigos del abuso.
2. el/a niño/a es traído al pediatra por servicio social o representantes legales para una evaluación médica de un posible abuso sexual no agudo en el proceso de una investigación

3. el/a niño/a es traído a la emergencia después de un episodio sospechoso de abuso sexual agudo para una evaluación médica, colección de la evidencia, y manejo de la urgencia
4. el/a niño/a es traído al pediatra o al servicio de emergencias porque un cuidador u otras personas relacionadas con el niño/a sospechan abuso debido a cambios en la conducta o síntomas físicos
5. el/a niño/a es traído al pediatra para un examen físico rutinario, y durante el curso del examen se descubren signos físicos o psicológicos de abuso sexual.

Síndrome de acomodo en el abuso sexual infantil. Una vez que el agresor abusa sexualmente al/la niño/a o al/la adolescente, se establecen una serie de categorías, estas parten de garantizarse **el secreto** de la víctima lo que le genera **impotencia** y se siente **atrapada**, y en el mejor de los casos hace una **divulgación retrasada, conflictiva y no convincente**, ya que se hace desde la rabia o el enojo, desde la presión que ejerce el agresor, esto provoca que no tenga credibilidad, se **retracte** y mienta para exonerar a su abusador.

Características del abuso sexual infantil:

1. **Sexualización traumática:** La niña, el niño o la adolescente es premiada por el agresor para mantener una conducta sexual inapropiada, es utilizada sexualmente, el agresor transmite conceptos erróneos de la conducta y moralidad sexual.
2. **Estigmatización:** Se culpa y denigra a la víctima, hay presiones para que no se revele el secreto, la víctima se siente avergonzada, puede recurrir al suicidio o automutilarse.
3. **Traición:** A una niña se le traicionan sus expectativas pues ya no hará lo que quería hacer.
4. **Impotencia:** El agresor manipula a la víctima o utiliza la fuerza; la niña vive con miedo y no logra hacer que otras personas la escuchen.

Dinámicas de cómo se produce el incesto y abuso sexual en la niñez y la adolescencia

- ❖ **Fase de la atracción:** Hay acceso hacia la víctima y oportunidad de estar cerca; existe relación entre la víctima y el agresor; la incitación conductiva deseada por el agresor para envolver a la víctima.
- ❖ **Fase de la interacción sexual:** Hay frases manipuladoras como: “Lo hago por que te amo”, “Eres alguien especial”, “Lo hacen todos los padres”, “Es un juego”. No siempre empieza con la violación, va poco a poco acercándose y ganándose la confianza y empieza a tocar de forma casual hasta tocar sus partes sexuales o el agresor pide ser tocado.

- ❖ **Fase del secreto:** Hay manipulaciones, amenazas y violencia; usando todo en nombre del amor a las familias. Utilizando el sentimiento de culpa para lograr su propósito.

- ❖ **Fase de revelación:** Respuestas hostiles, cínicas y crueles ofendiendo o desacreditando a la víctima.

- ❖ **Fase de Retracción:** Divulgación retrasada, conflictiva, no convincente y debido a las actitudes de la familia para evitar la vergüenza pública, hay presiones para que 'esta no exprese lo que le ha pasado y exonerar al agresor.

V. ETIOLOGÍA

Se señalan como las causas de la violencia sexual contra las mujeres niñas, niños y adolescentes (Ver modelo ecológico en Norma):

- 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 derechos de las mujeres, la niñez y la adolescencia.
- Los mensajes de una sexualidad que codifica y genitaliza el cuerpo de las mujeres, niñez y adolescencia.²⁴

VI. FACTORES DE RIESGO

a) Factores de riesgo para el abuso sexual infantil

Existen estereotipos, mitos y tabúes que se manifiestan cotidianamente en nuestra sociedad que “vulnerabilizan” a los niños y niñas al abuso. Estas son sustentadas en algunos casos, por patrones culturales que homogenizan a los individuos en la sociedad y que son aplicados vulnerando a grupos sociales considerados más débiles, en este caso las personas menores de edad.

De los niños se espera que sean	De las niñas se espera que sean
<ul style="list-style-type: none"> • Gritones, mandones y agresivos • Resistentes a expresar sentimientos de ternura, temor, tristeza, dolor, entre otros. • Independientes • Intelectuales, racionales • Interesados por temas sexuales y/o sexualmente activos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quietas, pasivas y sumisas • Sensibles, tiernas, hogareñas y obedientes • Dependientes y serviles • Poco intelectuales • Ingenuas, inhibidas y dramáticas • Desinformadas sobre temas sexuales • Limitadas en su interacción social.
Consecuencias en caso de ser víctimas de abuso sexual	
Niños	Niñas
<ul style="list-style-type: none"> • No demuestran dolor • Se resisten a declararse víctimas • Aprenden a herir antes de ser heridos • Asumen el abuso y lo reproducen como expresión de poder y sexualizan las expresiones de afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprenden a obedecer a su agresor • Aprenden a ser víctimas • Asumen la culpa • Temen herir los sentimientos del agresor

El abuso es ejercido por adultos con quienes la persona de menor edad o en desventaja mantiene lazos de amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía de la niña o el niño se consideran características similares a los consanguíneos.

²⁴ Cecilia Claramunt, Abuso Sexual e Incesto, Ponencia Presentada en la I Conferencia Nacional de Niñez y Adolescencia. Nicaragua 1996.

Esto incluye a profesionales, amigas o amigos de la familia, personas relacionadas con la educación y orientación y con sus cuidados físicos y afectivos y que por su rango representan para la niña o niño una autoridad.

b) Factores de riesgo para el abuso sexual contra las mujeres

El abuso sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar. Incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea.

Sobre las víctimas de violencia sexual se suele tender un manto de duda, sospecha y culpabilización. Se tiende a considerarlas provocadoras de la agresión que sufren. Estas atribuciones negativas, sobre las mujeres, implican que la víctima tenga que entrar a demostrar “que no es culpable” de la violación o del abuso, con el agravante de que no se cree suficientemente en su palabra.

La forma como una mujer violada es atendida puede alentar o acabar totalmente con la posibilidad de denunciar el hecho y restablecer sus derechos

Mitos y creencias

Es importante comprender la dinámica de la agresión sexual para ofrecer una atención óptima, objetiva y empática. Cualquier persona que trabaje con personas que han sido agredidas sexualmente debe conocer las diferencias entre mito y realidad.

Los mitos, creencias y actitudes personales hacia la violencia sexual deben ser examinadas y cuestionadas. Es esencial que los y las proveedoras de servicios de salud comprendan la necesidad de mantener la imparcialidad. No se debe juzgar la veracidad o no de los alegatos de violencia sexual, ni la inocencia o culpabilidad de perpetrador, esta decisión le toca al sistema jurídico.

Dentro de los mitos tenemos:

MITOS	REALIDADES
⊙ Que el sexo es la principal motivación para la violación.	⊙ La principal motivación es el ejercicio del poder.
⊙ Solamente cierto tipo de mujeres sufre violación.	⊙ Todas las mujeres de cualquier edad pueden ser víctimas de abuso sexual.
⊙ Las mujeres reportan falsamente este hecho: Las mujeres mienten.	⊙ Es difícil mentir acerca de un hecho que causa tanta humillación.
⊙ La violación es realizada por un extraño. O los violadores son desconocidos de sus víctimas.	⊙ En un 90% son personas cercanas a su víctima ²⁵ .
⊙ La violación es un acto sexual	⊙ Un acto sexual forzado e impuesto.
⊙ Las mujeres provocan la violación.	⊙ Esto exime de culpa a los agresores.
⊙ No hay violación a una mujer por el marido o compañero	⊙ El vínculo legal o emocional no da derecho a forzar, ni violar a una mujer.

²⁵ Según datos de la Policía Nacional.

Factores de riesgo para sufrir abuso sexual

Hay muchos factores que aumentan el riesgo de que una persona sea coaccionada a realizar una actividad sexual, sin embargo, a pesar de que se insiste en que no existe una víctima típica hay algunos factores de riesgo, entre ellos:

<ul style="list-style-type: none">* Ser Mujer* Menores de edad y adulta joven.* Menores en hogares sustitutos.* Hombres y mujeres con discapacidad física o mental.* Personas en prisión.* Personas con problemas de alcohol y drogas.	<ul style="list-style-type: none">* Personas con experiencias previas de abuso sexual.* Personas involucradas en prostitución.* Personas en relaciones de dependencia.* Víctimas de guerra.* Migrantes o personas desplazadas.
---	--

Factores que predisponen al abuso sexual

- Existencia de un modelo de socialización masculino
- Experiencia de abuso sexual en la infancia
- Exposición a la pornografía

Factores que reducen las inhibiciones sociales para llevar a cabo el abuso sexual.

- Pornografía
- Dominación masculina como poder estructurado
- Disparidad de poder entre personas adultas y menores de edad

Factores que reducen las inhibiciones internas para llevar a cabo el abuso sexual:

- Minimizar el daño desde la perspectiva masculina
- Sexualidad de las mujeres vista como un bien más y de los niños/as como propiedad.
- Apoyo cultural de la sexualidad masculina
- Consumo de alcohol.
- Pornografía
- Sexualización de las niñas en los medios de comunicación

VII. CLASIFICACIÓN

a) Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual de menores: 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.

El abuso sexual no necesariamente incluye el coito, y sus formas van desde la violación con penetración hasta la mínima intromisión o sugestión psicológica. A menudo no se utiliza la fuerza física. De hecho, el agresor usa técnicas de seducción de manera gradual.

Las actividades sexuales pueden incluir contacto genital o anal con el niño/a o formas de abuso sin contacto físico, tales como exhibicionismo, voyeurismo o utilización del niño para la producción de pornografía.

Una forma nueva es la oferta sexual a través de Internet.

El abuso sexual puede producir lesiones específicas y/o estar acompañado de otros signos de abuso físico o de negligencia. Con frecuencia, los sobrevivientes de abuso sexual experimentan efectos adversos a largo plazo en su bienestar psicológico y social, y tienen mayores probabilidades de ser victimizados más adelante en su vida. Las investigaciones sugieren que hay dos maneras de respuesta conductual al abuso sexual: una que refleja inhibición y otra que refleja excitación; siendo esta última manifestación la que se diagnostica con más frecuencia (13).

b) 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 o la violación.

c) VIOLACIÓN

Es una acción perpetrada por una persona basada en una relación de poder ya sea generacional, de género o de otra naturaleza como la relación social, la pertenencia a un grupo étnico, entre otras. Consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina, boca y/o el ano de la que la mujer, niña, niño o adolescente que es víctima de esta relación desigual de poder.

VIII. DIAGNÓSTICO

Los siguientes son indicadores de Abuso Sexual (violencia sexual) ²⁶

Físicos	Emocionales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad al sentarse. 2. Incapacidad de controlar los esfínteres (enuresis o encopresis). 3. Contusiones o sangrados en áreas externas. 4. Manchas de sangre en la ropa interior. 5. Flujo o secreción vaginal o del pene 6. Pruritos, dolor o inflamación anal o vaginal. 7. Dolor al orinar o infecciones urinarias repetitivas. 8. Infecciones de transmisión sexual y/o VIH. 9. Embarazos²⁷. 10. Ingresos o consultas frecuentes por cualquiera de las anteriores. 11. Suicidio u homicidio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislamiento, miedo. 2. Cambios repentinos en la conducta o negarse sistemáticamente a hacer actividades cotidianas. 3. Sienten temor, ansiedad o rechazo a otras personas. 4. Pérdida del apetito. 5. Temores nocturnos, insomnio y pesadillas. 6. Ausencia de cariño. 7. Baja autoestima, desconfianza 8. Solicitud de protección. 9. Bajo rendimiento escolar. 10. Agresividad, se irrita con facilidad. 11. Intranquilidad. 12. Llanto fácil y continuo. 13. Episodios de depresión severa 14. Fugas constantes del hogar o la escuela. 15. Auto agresiones, heridas, quemaduras... diferentes según la edad. 16. Riesgo suicida y riesgo homicida.

Indicadores o Secuelas de Abuso Sexual Infantil

Lo que puede observarse:

- Desórdenes 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
- Desórdenes 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

Lo que la persona reporta:

- 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
- Prostitución obligada
- Pensamiento e Intento suicida

²⁶ Esto es para efectos de la detección de situaciones de abuso sexual, la existencia de dos o más indicadores nos podrían hacer sospechar por lo que se recomienda aplicar el tamizaje.

²⁷ En el caso de las púberes y adolescentes.

Indicadores de Explotación Comercial

Indicadores Físicos

Infecciones de transmisión sexual, las enfermedades más padecidas son: Sífilis, herpes genital, virus de papiloma humano, el virus de inmunodeficiencia Adquirida y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y Hepatitis B.

Cáncer de cérvix a temprana edad.

Trastornos alimentarios como desnutrición, anorexia y bulimia.

Embarazo actual no planeado y/o hijos, abortos inducidos/espontáneos

Hijos(as) con bajo peso al nacer y con enfermedades congénitas como la sífilis.

Evidencia de uso de drogas, secuelas de adicciones a drogas y alcohol.

Agresiones físicas, sexuales y genitales de características propias de la actividad, fisura anal /destrucción del esfínter anal,

Evidencia física de abuso sexual vaginal y anal, flujo vaginal y anal

Infecciones urinarias constantes

Indicadores sociales

Utilización de la violencia para la resolución de conflictos

Relaciones conflictivas, ambivalentes y contradictorias con los demás (por ejemplo, tener mucha necesidad de afecto, protección y aceptación pero al mismo tiempo rechazo, evitación y desconfianza).

Estigmatización, humillación y exclusión social.

Enfrentar responsabilidades adultas a temprana edad (como maternidad y manutención).

Manejo de dinero no acorde al ingreso familiar

Manejar artículos suntuarios y localizadores permanentes

Características del grupo con el cual se relaciona, entre otros.

Indicadores Psicológicos

Trastornos del sueño (pesadillas, insomnio).

Ansiedad generalizada, sentimientos de vergüenza y culpa

Gestos suicidas, comportamientos autodestructivos

Estrés Infantil

Comportamientos sexualizados

Distorsión cognitiva y disociación que dificultan reconocer sensaciones de dolor y peligro.

Alcoholismo y drogadicción como evasión o como medio para tolerar la explotación.

Depresión.

Desconfianza y dificultad para creer en otras personas.

Variaciones en los estados de ánimo y del apetito

Dolores crónicos que no responden al tratamiento

Indicadores Físicos y Emocionales de Violencia Sexual en mujeres

- 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
- 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

IX. PROCEDIMIENTOS

IX.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

A. Principios fundamentales de la atención a personas abusadas sexualmente

La atención adecuada debe ser **oportuna, respetuosa y efectiva**, de forma tal que debemos tener presente principios éticos en relación para garantizar el derecho a la vida. Este principio desde un enfoque de derechos humanos, comprende los valores que garantizan el respeto a la dignidad humana.

B. Prioridades

Al atender a víctima de abuso sexual la prioridad de atención debe de estar encaminada siempre a preservar la vida, en ella la salud y bienestar de la misma. Proveer un servicio médico legal sin atender primero las necesidades de salud de la o el usuario, es negligente. Este interés de bienestar debe incluir asegurarse de que quienes requieran de atención clínica o psicológica, puedan mantener su dignidad después del abuso sexual que les causó sentimientos de humillación y degradación, los que son una parte mínima de las incalculables consecuencias del abuso sexual para la vida de las víctimas..

C. Entorno

La atención que se provea debe de ser ética, compasiva, objetiva y sobre todo centrada en él o la usuaria, sin importar el ambiente y su ubicación.

El componente médico legal debe ser ofertado como parte de la atención.

D. Tiempo de espera

La valoración deberá realizarse tan pronto como la persona agredida se presente para evitar:

- Pérdida de las oportunidades de terapia.
- Alteraciones la evidencia física con pérdida de material forense
- Evidencia forense.

E. Procedimientos Generales

En cualquier nivel de atención, los y las prestadoras de salud tienen igual responsabilidad, deben estar conscientes que en la mayoría de los casos de abusos sexuales son realizados por algún miembro de la familia o personas muy cercanas a la víctima, conlleva el silencio individual, familiar, colectivo, en el que toda la sociedad se involucra. Para sacarlo a la luz se requiere del mismo esfuerzo, para detenerlo, atenderlo y prevenirlo. Pero hay algunos factores que contribuyen a mantener oculto este problema, uno de ellos es el secreto y la

ambivalencia de la víctima, producto de la confusión de sentimientos y por otro lado la incredulidad de las personas adultas ante la revelación de un o una menor o de una mujer, las que por construcción genérica no son voces autorizadas ni sujetas de crédito en la sociedad.

Es importante tener en cuenta que las personas abusadas sexualmente acudirán a la consulta por diversas razones, por ejemplo:

- Consulta médica, psicológica o a control en los diferentes programas de la unidad de salud, es decir razones rutinarias.
- Por sospecha de una persona cercana de que está siendo abusada o abusado.
- Referido por personal policial o administradores de justicia para evaluación médica o psicológica para aportar pruebas ante un posible delito.

Tomar en cuenta los siguientes tips:

- *Si el niño o niña dice que ha sido agredida sexualmente, escúchele dele valor y tómele en serio.*
- *Si le alarma el relato, no lo demuestre pues podría inhibirle y se corre el riesgo de revictimizarle.*
- *Apoye, evite gestos preguntas o juicios de valor que pueda hacer sentir mal o culpable de lo ocurrido.*
- *Prepare a la persona abusada para el proceso legal a enfrentar, explicarle que hablará con personas que le pueden ayudar, pero que también le pueden culpabilizar. En este momento es importante fortalecer su autoestima y brindarle la posibilidad de que pueda confiar y tener seguridad en si y para sí.*
- *Refiera para dar seguimiento legal, medico, psicológico y de seguimiento familiar a un centro alternativo.*
- *Se debe denunciar ante las autoridades a la persona que ha abusado sexualmente a un niño, niña o adolescente o una mujer dentro de su relación de pareja o no.*

IX. 2 . PASOS PARA LA ATENCIÓN

IX. 2. a. Entrevista a una persona abusada sexualmente

Primer contacto

- Es responsabilidad del personal de admisión o la primera persona que tenga contacto con la persona abusada. Se debe evitar el rechazo por la sectorización o por otras razones, así como también la culpabilización o revictimización, para ello es importante que este personal maneje la técnica de intervención en crisis.
- Este o ésta debe de preguntar por ejemplo: ¿en qué le puedo ayudar? Además tomar en cuenta y anotar:

- Ha llegado otras veces a la unidad de salud y por qué razones.
 - Cómo se presenta a la unidad: con heridas, golpes, sangrando, temerosa, llorosa, depresiva o muy agitada, con alguna discapacidad, con huellas de haber caído en el suelo, con la ropa sucia o con una apariencia de mucho cuidado, en estado de ebriedad...
 - Si ha sido referida por otros servicios o instancias, como: Otra unidad de salud, Policía, Comisaría, Centro Alternativo, Partera, Brigadista de Salud, Líderes Comunitarias,....,
 - Llega acompañada y por quien o si llega por su cuenta o por decisión personal.
 - Otra vez es importante que se extremen cuidados en la no revictimización y en la privacidad, ya que depende de este primer contacto para que pueda continuar confiando en el personal de salud.
- ⌚ Si la persona agredida se presenta a la emergencia, consulta médica o psicológica de atención primaria u hospitalaria o a cualesquiera de los programas, es responsabilidad del Médico o Médica Consultante, Psicóloga, Psiquiatra, Trabajadora Social, Enfermera, Auxiliar de Enfermería ó Personal Médico destinado a la atención de los diferentes programas, la detección basándose en la identificación de los indicadores físicos y emocionales si hay signos y síntomas compatibles con agresiones sexuales y uso del cuestionario del tamizaje para detección de personas victimas de VIF/S²⁸.
- ⌚ El o la prestadora de servicios de salud que realice la detección debe de hacer la referencia a personal especializado en el manejo social y psicológico dentro de la unidad o de la que corresponda dentro de su sector y garantizar el acompañamiento inicial a la persona abusada a interponer la denuncia²⁹. Este recurso necesariamente deberá estar sensibilizado y haber recibido entrenamiento en la atención de esta problemática.
- ⌚ El registro es muy importante en cada uno de los servicios que atienden victimas para visibilizar el problema y para apoyar las acciones judiciales que se emprendan, así como para posibles reformas de Leyes. Para ello es necesario además de registrar en el expediente, reportarlo a vigilancia epidemiológica, anexar la notificación obligatoria utilizar la ficha de registro y seguimiento y anotar en la hoja de registro diario como mínimo.

Elementos a considerar durante la entrevista:

En el caso de mujeres:

- Reunir una historia clínica detallada:
Seguir los formatos establecidos en la institución poniendo especial énfasis en las lesiones físicas, psíquicas y sexuales. En la elaboración del expediente de la persona que es víctima de violencia se debe incluir todo lo estipulado por la normativa del expediente clínico, incluyendo una buena anamnesis,

²⁸ Ver anexos. Propuesta de Cuestionario de Tamizaje

²⁹ Contemplado en el Código de la Niñez en caso de menores y el Código Procesal Penal a cualquier edad.

antecedentes patológicos y no patológicos, antecedentes quirúrgicos y gineco obstétricos (si aplica al caso), etc.

Incluir los factores que lleven a determinar si la persona abusada está en riesgo de sufrir agresiones de forma continua.

- Se debe tener que evitar por todos los medios posibles la revictimización.
- Si la persona abusada es acompañada de otras personas, es preferible hacer la entrevista por separado; se debe estar alerta ante los posibles miedos a la revelación del secreto y adaptar la entrevista a la etapa de desarrollo de la persona adulta. Sería deseable empezar con un ¿Cómo es qué sucedieron las cosas...?, en vez de un: ¿Por qué...?.
- En caso de abuso sexual, las lesiones cambian a medida que pasa el tiempo. En estos casos se recomienda actuar con celeridad y poner en conocimiento a la Policía, Comisarías y/o Ministerio Público, que funcionen en el territorio.

En el caso de niñas, niños y adolescentes

- Reunir una historia clínica detallada:
Seguir los formatos establecidos en la institución poniendo especial énfasis en las lesiones físicas, psíquicas y sexuales. En la elaboración del expediente de la persona que es víctima de violencia se debe incluir todo lo estipulado por la normativa del expediente clínico, incluyendo una buena anamnesis, antecedentes patológicos y no patológicos, antecedentes quirúrgicos y gineco obstétricos (si aplica al caso), entre otros.
Incluir los factores que lleven a determinar si la persona abusada está en riesgo de sufrir agresiones de forma continua.
- Se debe tener que evitar por todos los medios posibles la revictimización.
- Si la persona abusada es acompañada de otras personas, es preferible hacer la entrevista por separado; se debe estar alerta ante los posibles miedos a la revelación del secreto y adaptar la entrevista a la etapa de desarrollo, en caso de ser menor de edad o adolescente. Sería deseable empezar con un ¿Cómo es qué sucedieron las cosas...?, en vez de un: ¿Por qué...?.
- Si se sospecha de un abuso de parte de la persona que lo o la acompaña, es importante ponerse en contacto antes de informar el hecho, con administradores de justicia o personal policial y/o la Procuraduría de la Niñez. *La prioridad, es proteger a la persona que ha sido abusada sexualmente.*
- En caso de abuso sexual, las lesiones cambian a medida que pasa el tiempo. En estos casos se recomienda actuar con celeridad y poner en conocimiento a la Policía, Comisarías y/o Ministerio Público, que funcionen en el territorio.

Detalles a tener en cuenta en la entrevista con la persona afectada:

- Sentarse cerca, no frente a una mesa o escritorio, en privado (sin la presencia de la persona que le acompaña) y a nivel de los ojos de la persona agredida.
- Establecer una relación empática y mostrarle credibilidad y confianza.
- Explicar el propósito de la entrevista, averiguar si ha sido entrevistado antes y por quien?

- Utilizar las propias palabras de la persona agredida y siempre pedirle que si tiene alguna pregunta y si la hay respóndala con sencillez. Si hay términos que son poco claros pedirle que explique que quiso decir.
- Si considera inminente la separación de su hogar, explicar cuidadosamente las razones.
- Reforzar en cuanto a que la situación vivida además de haber sido difícil que ella o él no tiene ninguna culpa.
- Indagar acerca de lesiones ano-genitales y, en caso de adolescentes, obtener una historia ginecológica y menstrual.

Propósito principal del historial médico:

- Obtener información completa y directa de la persona agredida, que pueda ser útil para el manejo médico de ella misma o que pueda ayudar a explicar hallazgos físicos subsecuentes.
- Obtener y anotar información completa y directa de la persona agredida, que sirva para correlacionar los hechos acontecidos en ella y posibles lesiones encontradas en el autor. Ejemplo: Ella refiere que en el hecho, le mordió la región anterior de hombro izquierdo al sujeto y cuando se valora el posible sujeto se observa una excoriación dentada en la región anterior del hombro izquierdo.
- Obtener información completa y directa de la persona agredida, que pueda orientar la recolección de material forense o explicar porque no hay tal o cual material forense a pesar de la agresión. Por ejemplo, el la obligó a realizar sexo oral, se deberá recolectar muestras para serología y citología forense de la cavidad oral, haciendo énfasis en los espacios Inter-dentarios, en el paladar dura y carrillos. O si por ejemplo el agresor utilizó condón, al tomar muestras de los fondos de saco vaginal, no encontraríamos semen (espermatozoides).
- Obtener información completa y directa de la persona agredida, para evaluar el historial ginecológico de la paciente por los riesgos a embarazos no deseados producto de la agresión sexual.

Prácticas Inapropiadas:

- No sugiera las respuestas, ni que tiene la culpa o es responsable de la situación vivida.
- No presione para que la persona abusada dé respuestas que no esté dispuesta a dar.
- No critique el lenguaje utilizado por la persona a quien se entrevista.
- No le deje sólo o sola con personas desconocidas.
- No muestre horror u otro gesto respecto a la persona abusada o la situación vivida.
- No ofrezca recompensas para obtener información.

IX. 2. b. Entrevista al o la acompañante

- Explicar la razón de la entrevista.
- Reservarse su opinión hasta conocer todos los hechos.
- Poner en conocimiento la obligación legal de reportar casos donde se sospecha una agresión sexual.
- Tratar el asunto con objetividad y responder clara y honestamente las preguntas que le formulen. Además de explicar los pasos a seguir.

- Asegurar que pueden contar con su apoyo para también asegurarse el seguimiento.

Prácticas Inapropiadas:

- No intente probar que la agresión sexual ha ocurrido.
- No mostrar enojo, horror o desaprobación respecto a la persona que acompaña o la situación vivida por la persona agredida.
- No culpe a nadie ni elabore juicios.
- No ofrezca retroalimentación a la explicación de la persona que acompaña acerca de cómo ocurrieron las lesiones. Esto puede ser utilizado para cambiar la versión o para invalidar su testimonio.

IX. 2. c. Atención Psicosocial

- ⌚ La entrevista psicosocial tendrá aspectos esenciales como: privacidad, confidencialidad, ambiente de confianza y de comunicación, preferiblemente no hacer preguntas, más bien pedir el relato de lo ocurrido. Como regla general no culpabilizar, no juzgar, ni insinuar que está mintiendo y respetar sus decisiones.
- ⌚ La psicóloga o trabajadora social asignada, tendrá la responsabilidad de valorar el riesgo y definir con la persona abusada la red de apoyo y el plan de seguridad de esta. Deberá de tener en cuenta que todas las situaciones de abuso son riesgosas, que pueden tener efectos como: discapacidades, homicidio y/o suicidio, por tanto ese plan debe ser lo más seguro y valorar con la persona abusada el nivel de riesgo que está enfrentando y buscar las alternativas que le brinden seguridad (familia, amistades, albergue³⁰), para prevenir los abusos sexuales continuados³¹.

IX.2. d. Estudio y Seguimiento Social

Es responsabilidad de la trabajadora social u otro recurso del personal de salud designado, la que tendrá en cuenta los elementos teóricos del abuso sexual y aspectos legales para poder aportar pruebas que validas y también estar consciente va a ser llamada como testigo por conocer de la situación de voz de la propia persona abusada en el seguimiento y el estudio social que realice de su entorno.

IX.2. e. Procedimientos Médico Legales que debe realizar cualquier recurso del personal de salud

1) - Evaluación y examen de víctimas de violencia sexual

Clasificación y atención.

³⁰ En caso de que exista en el territorio.

³¹ En caso de que el abusador no esté detenido.

- Toda persona a la cual se sospeche que hay abuso sexual deberá ser atendida de forma inmediata.
- En lugares con mucha demanda en los que se pueden presentar varias personas afectadas a la vez, clasificar el orden de urgencia en el que se atenderá la demanda.
- Es posible que no se pueda atender inmediatamente a personas abusadas sexualmente con lesiones menos severas, en este caso, **NO DEJAR SOLA A LA PERSONA**, designar a una persona *que la acompañe y le ofrezca apoyo hasta que sea atendida*.
- Se deberá contar con un espacio privado en donde ésta se sienta cómoda, protegida y sobre todo que su problema va a ser escuchado.
- Preferiblemente la atención debe realizarse en la unidad de salud y se sugiere tener un área de recepción y una segunda área de valoración (En los centros o puestos donde no se tenga todo este espacio, con tener el área de valoración y escucha privada, sería suficiente.)
- Para el examen físico es vital contar con buena iluminación. La falta de este recurso, podría generar sesgos o errores diagnósticos.
- Igual contar con una camilla ginecológica la valoración en el área genital.
- Contar con una mesa adjunto que contenga el equipo mínimo de recolección de muestras como: espéculos estériles (de ser posible descartables), hisopos de mango largo, láminas porta objetos, tubos de ensayo, fijador, rotuladores o maskintape, donde se pueda rotular y formatos para enviar las muestras debidamente custodiadas a su destino.*

El uso de lenguaje poco sensible no sólo perturba a él o la paciente, sino que va a limitar su recuperación a largo plazo ya que se profundiza el trauma. Se aconseja a las y los proveedores de servicios de salud que empleen palabras que sean gentiles y tengan un efecto calmante; **en este contexto no da lugar a emitir juicios, ni a hacer críticas**. *Es imperativo que todas las víctimas de violencia sexual sean tratadas con respeto y dignidad, sin importar su sexo, clase social, etnia, religión, raíces culturales, opción sexual, estilo de vida u ocupación, durante el momento del examen.*

Siempre responda a las preguntas y preocupaciones de la paciente con empatía y evitando hacer juicios, empleando un tono de voz calmado, manteniendo contacto visual, no expresando sorpresa o incredulidad y evitando el empleo de expresiones que puedan ser interpretadas como de culpabilidad por la víctima. Como por ejemplo en el caso de mujeres adolescentes y adultas pregunten, que algunas veces durante el abuso sexual puedan ocurrir orgasmos, tendría que explicársele a ésta el mecanismo de cómo es que se produce un orgasmo como respuesta fisiológica, **ello no implica consentimiento ni que se haya disfrutado el hecho**, lo cual le ayudará a reducir sentimientos de vergüenza y culpa en la persona abusada.

2) - Consentimiento informado

Antes de realizar un examen médico completo, es esencial obtener el **consentimiento informado**³². Es crucial que el o la persona abusada o su representante legal, conozca sus alternativas y que reciba suficiente información que le permita tomar decisiones informadas sobre la atención que recibirá y los procedimientos que implican.

Se presta particular énfasis en lo referente a la revelación de información a terceros, incluyendo la policía, esto significa que se le deberá explicar al o la persona abusada o a su representante legal que todo lo que diga será utilizado como evidencia por la fiscalía o la defensa en el juicio. Una vez realizado este procedimiento y pueda dar su consentimiento informado, pídale que firme el formulario para este fin³³.

El consentimiento informado es básico en los asuntos médico-legales. El examinar a una persona sin su consentimiento podría resultar en cargos contra el o la médica por violación, lesiones u otros. En Nicaragua, los exámenes resultantes conducidos sin dicho consentimiento originan que la defensa del posible autor pida la invalidez de la prueba.

3) - Notificación a Comisaría de la Mujer y la Niñez o Policía.

Si la salud de la persona agredida es estable y se sospecha de que es víctima de una agresión sexual se deberá reportar, *sin demora alguna*, a la Comisaría de la Mujer y Niñez de la localidad o a la Policía Nacional o Ministerio Público, sin importar el horario, debiendo la Policía, Comisaría o el Ministerio Público, contactar y reportar al Médico o a la Médica Forense de la zona, cuando se cuente con este recurso, para que en conjunto con el prestador o la prestadora de servicio se escuche la historia de los hechos y se dé la revisión física de la persona agredida sexualmente y se recoja el material forense necesario.

En caso de no se tenga disponible el médico o la médica forense, el prestador o prestadora de servicio deberá reportar a las autoridades antes descritas y proceder a la valoración de los hechos, si fuese posible, con un o una perito de la Policía Nacional y un o una Fiscal del Ministerio Público.

Al iniciar la valoración física **será lo primordial el evaluar si existen lesiones que pongan en peligro la vida de la persona abusada sexualmente** y manejarse con la debida urgencia las mismas, tales como agresiones con arma blanca o de fuego, penetrantes en cráneo, tórax, abdomen, lesiones contundentes de cráneo con alteración neurológica o pérdidas intensas y agudas de sangre que conlleven a riesgos de shock hipovolémico u otras, como desgarros genitourinarios

³² Ver hoja de consentimiento informado en anexos.

³³ Ver anexo. Hoja de consentimiento informado.

* En los lugares donde existan médicos/as debidamente capacitados y acreditados por la CSJ y el IML, se deberán aplicar instructivos de protocolos definidos por el IML

graves, **recordando que la atención a la vida es la prioridad y está por encima de todo procedimiento.**

Para ello, tanto los prestadores o las prestadoras de servicios de salud de atención primaria como en hospitales, realizaran examen médico completo a la persona abusada sexualmente, para determinar las prioridades médicas de la niña, niño, adolescente, mujer u hombre abusado y a recolectar material forense, debiendo tener cuidado en la no revictimización.

Habrà que recordar que si se tiene un recurso entrenado del sexo femenino a disposición para realizar el procedimiento médico será más cómodo para la víctima.

4) - Los pasos del examen físico:

- Debe de realizarse en presencia de un o una testigo imparcial que sea del sexo femenino o del sexo de la persona abusada, pudiera ser una enfermera u otro prestador de servicio que se relacione con la atención médica y con una persona familiar en caso de niñas y niños. De lo contrario provocaría una revictimización, ya que no se debe mostrar la desnudez ante alguien que no tiene que ver con su situación.
- Deberá anotarse la apariencia general del o la persona abusada: su comportamiento, su estado de ánimo y funcionamiento mental. Si este último parece estar limitado, trate de evaluar si dicha limitación es reciente p.e., por efectos de alcohol o drogas, enfermedad de mayor tiempo de evolución, por discapacidad o retardo mental en este caso en la referencia a la psicóloga deberá de solicitarse además del daño psicológico producido por la agresión, la valoración de su estado mental en general.
- Realice toma de los signos vitales de la persona agredida, o sea: presión sanguínea, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. La atención a la vida es la prioridad número uno. Realice toma de talla y peso. Esto podría explicar porque no se hallan lesiones en una persona agredida por alguien con superioridad de relación talla y peso donde la resistencia de esta para con el agresor generaría mayores consecuencias lesionales.
- Realice un examen físico completo:
- Inicie en las áreas extra-genitales
- Continúe con la región para-genital y completando con el área genito-anal.
- Revisar áreas como los pabellones auriculares, carrillos y mucosa oral (por laceraciones dentadas por callamiento), cuello
- También áreas óseas sobresalientes como escápulas, procesos espinosos de las vértebras, área lumbo sacra, que usualmente no son valoradas en un examen médico.

- Registre en detalle: coloración, forma, tamaño, estadio de los bordes, presencia de suciedad o sangre en cualquier lesión física, aún si no se ha recolectado evidencia forense.
- Emplee diagramas del cuerpo para indicar la ubicación, tamaño y características.
- Tome fotografías de las lesiones si es posible. Es necesario obtener otro formulario de consentimiento para la fotografía, en algunos lugares este consentimiento se incluye desde el inicio de consentimiento para la valoración médica.

El área genito urinaria es la valoración final del examen físico, si fuese posible deberá realizarse un examen genitourinario estándar que incluya:

- Reconocimiento y clasificación de lesiones.
- Valorar desde la vulva que incluye vello pubiano (presencia o ausencia), labios mayores, menores, región perineal, clítoris y el orificio uretral.
- Describir las características, formas y estadios de las lesiones encontradas.
- Determinar la presencia o no del himen, clasificar el tipo de himen y describir si hubiese desgarró, a que nivel horario (de acuerdo a la clasificación internacional médico legal) se encuentra, así como las características del desgarró (si es de data reciente o si hay tejido cicatrizal presente).
- Valorar el riesgo o presencia de embarazo o infecciones de transmisión sexual incluyendo prueba VIH, con consentimiento informado.
- Recolección de especímenes médicos indicados para diagnóstico.

Esta secuencia de examen físico deberá respetarse en la medida de lo posible, tratando de crear un ambiente de confianza con la persona abusada.

Debe ir explicándole cada paso con el fin de que esta sienta que tiene control sobre la situación que está ocurriendo, ayudándole de esta forma al inicio de su recuperación.

Recuérdese que todo lo recolectado servirá para ser utilizado por personal judicial, que no tiene que comprender procedimientos o detalles meramente médicos y que servirán para beneficio de la persona agredida.

5) - Etiquetado, empaquetado, transporte de especímenes forenses para mantener la cadena de custodia.

Será de gran beneficio para la paciente si se recoge evidencia forense relevante durante el examen médico. **Un examen forense se define formalmente como “examen médico conducido sabiendo de la posibilidad de procedimientos judiciales en el futuro que requieran una opinión médica”**. El objetivo de los especímenes forenses, es recoger evidencia que pueda ayudar en la descarga probatoria en el juicio que cree un vínculo entre individuos y/o entre individuos y objetos o lugares. Dicha evidencia comprende una amplia variedad de sustancias

u objetos, cuyo análisis requiere habilidades científicas específicas, y con frecuencia, especializadas.

Ordene pruebas de diagnósticas auxiliares, si la unidad de salud lo permite, que conlleven a concluir la gravedad de las lesiones que presentara la persona agredida. Pruebas de VIH (se requiere de consejería para realizarlo) hepatitis B, sífilis u otras infecciones de transmisión sexual, según sea necesario y explíquelo porque su utilidad.

Los siguientes detalles sobre la agresión sexual deben ser registrados, preferiblemente en un formato de examen con propósitos legales³⁴:

- Fecha, hora y lugar donde ocurrió el asalto, incluyendo una descripción del tipo de superficie sobre la que ocurrió el hecho y posición del cuerpo durante la agresión sexual.
- Nombre o identidad (si fuese posible), relación de autoridad (si existiese) y número de asaltantes.
- Naturaleza de contactos físicos y relato detallado de la violencia ocurrida.
- Uso de armas y aplicación de fuerza física, así como uso de medicamentos/drogas/ alcohol/sustancias inhaladas.
- Cómo le quitó la ropa.
- El sitio de penetración de la víctima (vaginal, bucal, anal) y descripción del objeto con que fue agredida o penetrada (pene, dedo u objetos). O si existieron otros contactos con parte del cuerpo de la persona agredida.
- Deberá investigarse si existió eyaculación en la vagina, ano o boca de la víctima o fuera de ella, en la escena del hecho o si utilizó preservativo.
- Debe anotarse también cualquier actividad por parte de la paciente que pueda alterar la evidencia, por ejemplo, si se bañó o se hizo una ducha vaginal, si se limpió, usó tampones o si se cambió de ropa.
- Finalmente, se debe registrar los detalles de cualquier síntoma que se haya desarrollado desde que se registró la agresión. Ejemplo: presencia de secreción transvaginal u otros, recuérdese que no todas las víctimas llegan de forma inmediata al hecho.

Propósito principal del historial médico

- Obtener información completa y directa de la persona agredida, que pueda ser útil para el manejo médico de ella misma o que pueda ayudar a explicar hallazgos físicos subsecuentes.
- Obtener información completa y directa de la persona agredida, que sirva para correlacionar los hechos acontecidos en ella y posibles lesiones encontradas en el autor. Ejemplo: ella refiere que en el hecho, le mordió la región anterior del hombro izquierdo al sujeto. Y cuando se valora el posible

³⁴ Ver anexos hoja de consentimiento informado, cadena de custodia e informe de peritaje médico (según protocolos médicos legales).

sujeto se observa una excoriación dentada en la región anterior del hombro izquierdo.

- Obtener información completa y directa de la persona agredida, que pueda orientar la recolección de material forense o explicar porque no hay tal o cual material forense a pesar de la agresión. Por ejemplo él la obligó a realizar sexo oral, se deberá recolectar muestras para serología y citología forense de la cavidad oral, haciendo énfasis en los espacios inter-dentarios, en el paladar duro y carrillos. O si por ejemplo el agresor utilizó condón, al tomar muestras de los fondos de saco vaginal, no encontraríamos semen (espermatozoides).
- Obtener información completa y directa de la persona agredida, para evaluar el historial ginecológico de la paciente por los riesgos a embarazos no deseados producto de la agresión sexual.

6) - Técnicas de recolección forense

- Recuerde una muestra mal tomada o tomada en un lugar equivocado puede conllevar a crear juicios falsos sobre los hechos a valorar.
- Evite la contaminación de las muestras. Cada muestra deberá ser recogida por separado, etiquetadas, guardada por separado.
- Las muestras deben ser recolectadas en el tiempo más cercano al hecho.
- Etiquete correctamente cada muestra, donde se describa número de admisión, nombre del donador de la muestra, fecha y hora en que se toma, nombre de quien toma la muestra y área y muestra tomada: por ejemplo: Muestra de frotis oral, dos hisopos, nombre, fecha y hora, tomado por Dr (a). XXXX, debiéndose introducir en una bolsa plástica y se coloca un sello de seguridad y etiquetar el entorno del frasco o lámina con la firma de la persona que envía la muestra, de tal forma que si alguien abre la bolsa, se rompe esta etiqueta, la evidencia carecerá de validez.

X. COMPLICACIONES

Efectos del Abuso Sexual Infantil

Entre los efectos o secuelas encontramos:

- ↻ Disparadores: Son símbolos o situaciones que remiten al momento de la agresión como la oscuridad, un ruido, un olor, tapar la boca etc.
- ↻ Memorias intrusivas: Son recuerdos que invaden repentinamente, se pueden presentar de flash fotográfico o imágenes que cruzan rápidamente.
- ↻ Emociones negativas: Pesimismo, tristeza, temores, miedos etc.
- ↻ Ataque de pánico: Miedos excesivos y se puede dar de manera incontrolable.
- ↻ Depresión severa: tristeza, llanto espontáneo, no le dan ganas de salir, de comer, de hablar con nadie, ni hacer nada.
- ↻ Acciones autodestructivas: Provocarse heridas (se explicó que la persona víctima de abuso puede hacerse gradillas, que son heridas en forma de grada

como una forma de automutilarse), quemaduras, riesgo suicida o riesgo homicida.

- ↻ Presencia del desorden de estrés post traumático (DSM IVR)³⁵ en grado moderado o grave.

Consecuencias del abuso sexual para la salud en mujeres adolescentes, adultas y/o adultas mayores

Las consecuencias para la salud en caso de abuso sexual son numerosas y variadas e incluyen efectos tanto físicos como psicológicos, tanto a mediano como a largo plazo.

Las consecuencias físicas suelen estar en los genitales o no. En casos extremos la víctima puede hasta morir. Esto último puede resultar por el abuso sexual de forma directa o violación seguido de homicidio o por suicidio.

Además las víctimas de abuso sexual se encuentran en grave riesgo de embarazo no deseado, aborto en condiciones poco seguras, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, disfunciones sexuales, infertilidad, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones del tracto urinario.

Las lesiones genitales en las mujeres se observan más frecuentemente en el área vulvar que incluye labios menores, clítoris y fosa navicular. Las lesiones no genitales son diversas incluyen moretones, excoriaciones, marcas de sujeción, lesiones en patrón 36.

Consecuencias psicológicas: la reacción psicológica varía de persona a persona, puede presentar: síndrome de trauma por violación (RTS), en su fase aguda y fase a largo plazo y el desorden de estrés post traumático (DSM IVR)³⁷.

Otra clasificación de secuelas de abuso en personas adolescentes, adultas y/o adultas mayores es:

↻ Insomnio temprano, terminal.	↻ Dolores de cabeza.
↻ Sueño liviano.	↻ Problemas gástricos.
↻ Pesadillas.	↻ Llanto incontrolable.
↻ Pérdida de peso.	↻ Ataques de ansiedad.
↻ Sentirse aisladas de otros.	↻ Problemas con el control del temperamento.
↻ Soledad.	↻ Problemas de intimidad con otras personas.
↻ Ausencia del deseo sexual.	↻ Mareos.
↻ Tristeza.	↻ Desmayos.
↻ Memorias y recuerdos intrusivos.	↻ Deseo de hacerse daño físico.
↻ Desconectarse.	↻ Deseo de hacerle daño a otras personas.

³⁵ Categoría diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su versión cuarta revisada es aplicable a casos de agresiones sexuales.

³⁶ Heridas en forma de gradas (gradillas), quemaduras de cigarrillos u otro en secuencia geométrica, etc.

³⁷ Categoría diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su versión cuarta revisada es aplicable a casos de agresiones sexuales.

XI. TRATAMIENTO

Indicaciones médicas preventivas

- Enseñe a la paciente como cuidar adecuadamente sus heridas.
- Explique cómo sanan las lesiones y describa los signos y síntomas de una herida infectada. Enséñele técnicas apropiadas de higiene y explique la importancia de una buena higiene.
- Explique los signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y la necesidad de regresar por tratamiento si ocurriese o si presentara cualquiera de estos signos y síntomas (respetar los esquemas de tratamiento en el manejo sindromático de las ITS, así como esquema profiláctico del VIH). Haga énfasis en la necesidad de usar un condón con su pareja hasta que se descarte la positividad o no de infecciones de transmisión sexual o VIH.
- Explique la importancia de completar el tratamiento indicado. Describa los efectos secundarios de su medicamento si los hubiera.
- Explique el síndrome de trauma por violación (RTS) y la gama de respuestas físicas y de conducta que puede esperar la o el paciente. Explique a la persona abusada y con el permiso de ella a los miembros de la familia y otras personas cercanas sobre el trauma.
- Valorar con ella un plan de seguridad que le permita buscar apoyo emocional de algún familiar o persona de confianza.
- Informe a los pacientes sobre sus derechos legales y como ejercerlos.
- Evalúe si la paciente está a salvo. Si no lo está y no puede regresar a su medio, haga la coordinación necesaria para referirla a un albergue, lugar seguro, o con ella identifique ese lugar seguro al que pueda ir.
- En caso de mujeres adolescentes y en edad fértil, deberá garantizarse, ante el riesgo de embarazo producto del abuso, la anticoncepción de emergencia (recordar el consentimiento informado, lo que deberá ser plasmado en el expediente clínico).
- Se recomiendan visitas médicas y psicológicas de seguimiento a las dos semanas, tres meses y seis meses después del abuso.

Atención Psicológica

- ⌚ La/el psicóloga/o, implementará el plan terapéutico, con un enfoque basado en la terapia género-sensitiva, basada en el fortalecimiento de su autoestima y del empoderamiento como elementos necesarios para enfrentar el proceso judicial. También la realización de un peritaje psicológico³⁸, para ello es vital tener claridad teórica desprovista de mitos y prejuicios y conocimiento de las Leyes, además de tener en cuenta que puede ser llamada a testificar por tener conocimiento del caso y la evolución del mismo.

³⁸ Preferiblemente que se cuente con una orden judicial o policial, para que se constituya en una prueba válida y preparar al recurso en psicología forense.

- ⌚ Hablar del abuso vivido puede llevar a la persona a presentar situaciones de crisis, respuestas agresivas o el silencio total y que parezca poco colaboradora. Esto hace necesario detenerse, dejar que la crisis salga, abstenerse a pasar un vaso de agua o minimizar la situación. Es importante hablarle y brindarle todas las explicaciones de la sintomatología que está presentando, para que no piense que se trata de un desequilibrio mental y que más bien el hecho de hablar es un paso importante en su proceso terapéutico.
- ⌚ A la persona abusada se le deberá de presentar todas las alternativas posibles, desde la continuación del proceso terapéutico tanto a nivel individual como el ingreso a un grupo de autoayuda, tanto para ella como para la madre o tutora en caso de niñas, niños o adolescentes. También dentro de las alternativas presentadas deberá de estar la denuncia y el posterior proceso judicial si este aún no ha sido contemplado por la persona abusada adulta y en el caso de menores deberá proponérselo a la madre o tutora.
- ⌚ No recomendar el uso de fármacos, más bien sugerir el uso de terapias alternativas.
- ⌚ Es importante tratarla como persona capaz de tomar sus propias decisiones, respetarlas y respaldarlas, esto también es válido en el caso de niñas, niños y personas adultas mayores. Tener en cuenta que podría requerir de otros servicios ya sea dentro de la unidad de salud o a una especialidad o a instituciones que le brinden atención de acuerdo a la decisión que tome, resaltarle la importancia de continuar su proceso y que no se sienta sola. Las alternativas de referencia intersectorial pueden ser: Policía, Comisaría (en caso de que exista), Fiscalía, MIFAMILIA y/o Centros Alternativos.
- ⌚ La atención psicológica debe asumirse como un proceso en el que se pueden observar cambios o no, a veces avances, a veces retrocesos, se debe tener claro que el nivel del trauma a veces puede requerir de varios intentos, de llevar un tratamiento riguroso, no es fácil lograrlo. Para mantener las decisiones y desculpabilizarse se puede implementar los grupos de autoayuda.

Seguimiento médico

a. A las dos semanas

- * Examine cualquier lesión para ver su sanación.
- * Tome fotografías de las lesiones, para documentar su sanación, para hacer comparaciones en la corte.
- * Verifique que la paciente haya completado el curso de todos los medicamentos que se le hayan dado para enfermedades de transmisión sexual.
- * Obtenga cultivos y tome muestras de sangre para evaluar el estatus de las enfermedades de transmisión sexual. Particularmente si no se administraron antibióticos profilácticos en la visita inicial.

- * Analice con la paciente los resultados de cualquier prueba que se haya realizado, incluida la prueba de embarazo si es lo indicado. Si la paciente está embarazada, explíquele sus opciones. Siempre tener presente que pudiera existir un embarazo inicial previo al abuso por lo que el interrogatorio debe ser bien dirigido para indagar este aspecto.
- * Recuerde a las pacientes regresar por sus vacunas contra hepatitis B en 1 mes y 6 meses; otras inmunizaciones según sea indicado; y pruebas VIH a los 3 y 6 meses o darle seguimiento con su médico, para ello hay que hacer citas de seguimiento, en los períodos establecidos.
- * Evalúe el estado mental y emocional de él o la paciente y recomiéndele que busque apoyo de consejería si no lo ha hecho todavía.

b. A los 3 meses:

- * Haga pruebas de VIH y analice los resultados con la paciente³⁹.
- * Analice con la paciente los resultados.
- * Tome muestras de sangre para pruebas de sífilis.
- * Evalúe el estado emocional y mental

c. A los 6 meses:

- * Haga prueba de VIH y analice los resultados con la paciente⁴⁰.
- * Administre la tercera dosis de la vacuna contra hepatitis B.
- * Evalúe la salud emocional de la paciente y refiérala si es necesario.

XII. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO

XII .1) – Referencia y seguimiento

Se debe dar a él o la persona referencias verbales y escritas para los servicios de apoyo, lo que puede incluir lo siguiente:

- * Centro de crisis para personas abusadas sexualmente (☹)
- * Casas de acogida o albergue.
- * Consejería para VIH/SIDA.
- * Ayuda legal o referirla donde pueda solicitarla.
- * Programas de testigos de víctimas (☹)
- * Grupos de apoyo o de autoayuda.
- * Terapeutas.
- * Agencias de asistencia financiera (☹)⁴¹
- * Agencias de servicios sociales.

³⁹ Basándose en los principios de la consejería para personas con un posible VIH.

⁴⁰ Basándose en los principios de la consejería para personas con un posible VIH.

⁴¹ (☹) en nuestro sistema no se cuenta actualmente con estos recursos.

Los y las proveedoras de servicios de salud deben estar familiarizados con la amplia gama de recursos formales e informales disponibles en el territorio para las víctimas de abuso sexual. Si la víctima solicita un certificado que justifique la ausencia laboral, este certificado no debe ser específico sobre la razón de la ausencia **(no debe mencionar la situación de abuso)**.

En el caso que la víctima de abuso sexual, sea un varón, este debe de ser evaluado con los mismos procedimientos que las mujeres, en el aspecto técnico, teniendo en cuenta su construcción genérica, para su abordaje en el aspecto emocional.

Las y Los proveedores de servicios de salud deben estar conscientes del impacto que tiene sobre ellos y ellas el escuchar, ver y tratar casos de violencia sexual⁴². **Los directores de las unidades de salud deben estar conscientes de esta necesidad y proveer apoyo al personal, como también tener en cuenta las repercusiones en las víctimas en relación a ser tratadas por diferentes personas ante un mismo evento de abuso.**

XI .2) - Referencia para Protección social de niños y niñas que han sufrido Explotación Sexual Comercial

Referir los casos de ESC al Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez para que se dicten las medidas de protección necesarias

En Managua representantes del personal de salud forman parte del sistema de referencia y contra referencia liderado por el Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, para la atención de personas víctimas de violencia sexual (Abuso y ESC); en esta localidad se cuenta con las boletas para la referencia; además de los contactos necesarios para referir los casos detectados en los centros de salud y hospitales.

En el resto del país se puede solicitar la intervención refiriendo a las delegaciones del Ministerio de la familia, para garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes, así mismo se puede dar seguimiento a los casos en las reuniones de la comisión de niñez y adolescencia en cada municipio; sobre todo en aquellas localidades donde no existen oficinas de MIFAMILIA se pueden coordinar las acciones con ONGs, Policía, Ministerio Público y Juzgado local.

Además se puede hacer la referencia de estos casos a través de la línea telefónica No. 133, para activar el sistema y cumplir con el propósito de lograr la integralidad de la intervención.

Registrar la información y desarrollar un plan de atención en salud que incluya:

⁴² Estado de Extenuación crónica o el Síndrome de Burnott

Valoración médica de la niña, niño o adolescente que incluya historia médica completa, examen físico ginecológico y de laboratorio.

Evaluación psicosocial: revisar expediente si ya lo tiene para valorar antecedentes, entrevista con la persona menor de edad y con la persona responsable de su cuidado (que no sea el explotador).

Registrar en el expediente el resultado de la situación detectada

Elaborar un Plan de Atención de la víctima que incluya el seguimiento de todos los aspectos de la salud.

Tomar en cuenta en este plan la opinión de la persona menor de edad, considerando su grado de madurez y desarrollo.

Coordinar con las instituciones y organizaciones comunitarias la atención integral para la restitución de todos los derechos violentados. Por ejemplo: Consejos del Poder Ciudadano (CPC), Comisiones de la Niñez y la Adolescencia, Consejos de Salud o redes de lucha contra la violencia, entre otros.

Denunciar ante la Policía Nacional y el Ministerio Público

El personal que conoce de la situación de ESC debe informar a su superior inmediato para que determinen juntos la intervención a realizar.

El funcionario o representante de la unidad de salud debe denunciar a las personas o persona explotadora ante la Policía Nacional o el Ministerio Público (Fiscalía) de todos los hechos conocidos para que se inicie la investigación del caso y se logre la sanción de los responsables de la explotación sexual (tanto de los "clientes" explotadores como de los proxenetas e intermediarios)

En materia de Explotación Sexual Comercial y de todo tipo de abuso y violación de derechos de la niñez y adolescencia, en Nicaragua se cuenta con un cuerpo normativo legal que asigna al Estado y sus instituciones como el Ministerio de Salud, la competencia y responsabilidades referida a la prevención, atención y denuncia de casos de Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

Denuncia obligatoria

La explotación sexual comercial es un delito contemplado en el Nuevo Código Penal (aprobado en 2007) y por tanto en el mismo se establece que la denuncia es obligatoria por parte de cualquier persona natural o jurídica que tiene conocimiento del hecho.

El personal de salud que conoce del caso de ESC debe informar a su superior inmediato y hacer la denuncia obligatoria tal como lo regula la Ley General de Salud.

Los funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud deben poner en conocimiento de las autoridades competentes (Ministerio Público y/o Policía Nacional) cuando se presume que una niña, niño o adolescente es víctima de ESC.

En estos casos de ESC se hace necesario que al momento de la atención clínica todos los aspectos que puedan ser elementos de prueba sean resguardados para el proceso penal tanto investigativo como judicial por ejemplo: la ropa que lleva puesta la víctima, los fluidos biológicos, los tejidos encontrados; se recomienda indagar siempre sobre los datos de la persona que llevo al niño, niña o adolescente a la unidad de salud.

En Managua, los funcionarios de las unidades de salud pueden coordinar con la oficina de atención a víctimas de la Unidad de Género del Ministerio Público para la derivación a los centros de protección cuando sea necesario en los casos que sea necesario resguardar la seguridad de las niñas, niños y adolescentes víctimas de ESC o Trata de personas.

En la sección de riesgo y establecimiento de medidas de seguridad, en la sección D, se sugiere incluir “abusador o explotador sexual”, además el siguiente recuadro:

El personal de salud debe evaluar la situación de riesgo, violencia que está viviendo el niño, niña o adolescente, el grado de peligrosidad del explotador, para aplicar medidas de seguridad adecuadas a cada caso, tomando en cuenta la opinión, edad y situación en que se encuentra la víctima, así como también el criterio de la persona adulta que le pudiere acompañar (siempre y cuando esta fuente sea confiable puesto que pudiera ser el agresor, explotador o proxeneta).

Algunas preguntas exploratorias para valorar el nivel de riesgo pueden ser las siguientes:

- ¿Te han dicho amenazas de muerte o chantajes para mantener en silencio tu situación?
- ¿Te han dado dinero o bienes para usar tu cuerpo en actos sexuales, fotografías o toma de videos con poca ropa?
- ¿Alguna persona te amenaza o da dinero a tu familia para que realices determinadas actividades sexuales?
- ¿La persona que te acompaña ingiere licor, drogas o ha cometido algún delito?

También se debe apoyar al niño, niña o adolescente para que identifiquen en conjunto algunos factores protectores en relación a las medidas de seguridad:

- ¿Qué persona de tu familia te puede apoyar?
- ¿Alguna persona de tu comunidad te puede apoyar temporalmente?
- ¿Tienes amigos o amigas que te puedan brindar protección?

Es importante tener presente que en todos los casos de sospecha de explotación sexual comercial, se deben aplicar medidas de resguardo y protección a la víctima, así como de seguridad pública, en vista que el niño, niña o adolescente puede estar en peligro de muerte ante el hecho de denunciar a su explotador (a).

Así también se deben realizar las pruebas de laboratorio para determinar un posible embarazo, una infección de transmisión sexual o VIH – SIDA.

Así mismo incluir

Referencia, seguimiento y acompañamiento

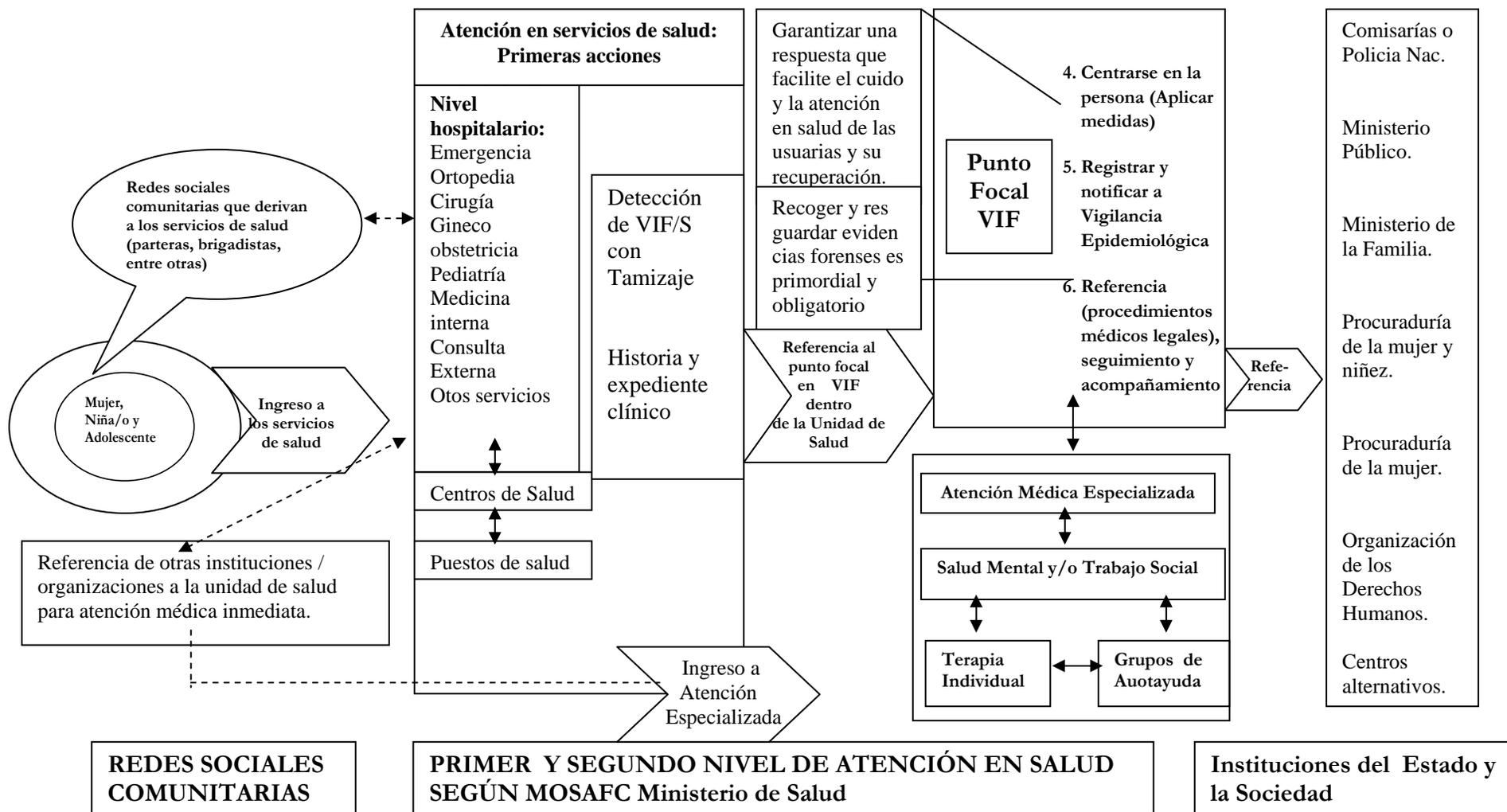
El personal de salud dependiendo de las necesidades de salud que presente el niño, niña o adolescente hace la referencia dentro de la misma unidad a cualquiera de los servicios especializados que sean necesarios, así como la orientación para los organismos gubernamentales, y no gubernamentales presentes en la localidad.

También se informa de manera inmediata al responsable de la unidad de salud, para interponer la denuncia y para solicitar ante la instancia de protección a la niñez las medidas de protección especial.

Se establecen las coordinaciones inter sectoriales e inter institucionales en los espacios o plataforma de servicios que existan en la localidad como son las comisiones municipales de la niñez y la adolescencia, el sistema de referencia y contrarreferencia, y/o la coalición nacional contra la Trata de Personas según sea el caso.

El seguimiento puede realizarse a través de la consulta médica, psicológica o el trabajo de terreno de las diferentes estrategias de salud y de los estudios de caso que se analizan en las reuniones de la plataforma de servicios de cada localidad.

XIII. FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VS



BIBLIOGRAFIA

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

Altamirano, Klemen, Mejía, Yamilet. Aportes del Feminismo a la Psicología en el abordaje de la Violencia de Género. Tesis de Maestría, Managua, Nic, 2004.

Arguello, Hugo; Mora, Sara y otros. Corte Suprema de Justicia, Peritaje Medico Legal de violencia intrafamiliar, delitos contra la libertad sexual, Ediciones judiciales, 2003.

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.

Batres Méndez, Gioconda, Del Ultraje a la Esperanza, ILANUD, Costa Rica, 1997.

Batres, Méndez y Otra, Manual Metodológico para la enseñanza y entrenamiento a terapeutas para el tratamiento a sobrevivientes de incesto y abuso sexual, Costa Rica, 1999.

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.

Claramount, Cecilia, Mujeres Maltratadas. Guía de trabajo para la intervención en crisis, Costa Rica, 1999.

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

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

Código Penal de Nicaragua, Corte Suprema de Justicia, 2003.

Código Procesal Penal, Corte Suprema de Justicia, 2003

Código de la Niñez y la Adolescencia, 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.

Comisarías de la Mujer y la Niñez, Modelo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, 2003.

Dirección de asuntos juveniles, Policía Nacional-Ministerio de Gobernación, Manual de Indicadores de Detección Policial, Nicaragua, 2004.

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

Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2006/07). Instituto Nacional de Información y Desarrollo.

Vargas Alvarado, Eduardo, Tratado de Medicina Legal. 1995.

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

Batres Méndez, Gioconda, 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.

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

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

Gurdián López, Margarita, 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.

Ministerio de Salud, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: "Actuar hoy, 2007 Para asegurar un futuro mejor para todos" / MINSa. Nicaragua. Managua: Mayo

MINSA, Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua 2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC)

Ministerio de Salud. Plan Institucional a Corto Plazo 2008 Orientado a Resultados, Plan Institucional a Corto Plazo 2008, Orientado a Resultados, Managua, Enero 2008

OMS, Guía para la atención médico legal de víctimas de violencia sexual. Resumen Revisado, 2004

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

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

OPS, Altamirano, Klemen, Protocolo de Atención en Violencia Intrafamiliar, 2004.

OPS, Altamirano, Klemen y Mora, Sara, Situación Nacional de la Experiencia de abordaje medico-legal-psicológico y social de las agresiones sexuales, 2004.

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.

Quintanilla, Margarita, Abordaje Integral de la Violencia Doméstica, desde los Servicios de Salud, Instructivo para el Personal de Salud, Proyecto SAREM-Finlandia, Nicaragua, 2001.

Mendoza Mendoza, Rosamaría, 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.

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

Sánchez, Cándido, ¿Qué es la agresión sexual?, Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, España, 2000.

Turcios, Luis Alfredo. Diccionario Básico de Psicología Forense, Editorial Lis, San Salvador, El Salvador, 2002.

Torrez, Ericka y Navarro Marie Dense. Estudio monográfico “El peritaje psicológico en víctimas de violencia intrafamiliar y sexual”, UCA, agosto, 2001

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.

ANEXOS

ANEXO No. 1 Protocolo VS

**MINISTERIO DE SALUD
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PERSONAS ADULTAS*
(ESTA HERRAMIENTA ES APLICABLE PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y
SEXUAL)**

Lugar de la Consulta:

Fecha de Consulta:

Motivo de Consulta o Dolencia:

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas de nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las personas que vienen a nuestro Centro/Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

7. ¿Alguna vez en su vida ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí_____ No_____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar_____ Sólo a veces_____

Muchas veces_____ Todo el tiempo_____

¿Quién lo hizo? _____
(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

8. (SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS) ¿Desde que salió embarazada ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos, o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí_____ No_____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar_____ Sólo a veces_____

Muchas veces_____ Todo el tiempo_____

¿Quién lo hizo? _____
(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

9. ¿Alguna vez en su vida se ha sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos de abuso que le hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se ha sentido así? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____

Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién la ha hecho sentir así? _____

(Énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

10. ¿Alguna vez en su vida la han obligado o se ha sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____

Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____

(El énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

11. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?

12. ¿Le tiene miedo a su pareja (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

* Este cuestionario de Tamizaje se elaboró a partir de diferentes guías que se han usado en Nicaragua y en otras partes del mundo.

ANEXO No. 2 Protocolo VS

**MINISTERIO DE SALUD
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE ADOLESCENTES*
(ESTA HERRAMIENTA ES APLICABLE PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y
SEXUAL)**

Lugar de la Consulta:

Fecha de Consulta:

Motivo de Consulta o Dolencia:

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las adolescentes y las niñas que vienen a nuestro Centro/Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

7. ¿Alguna vez en tu vida has recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o te han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que te hayan causado daños?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo/hace? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

8. (SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS) ¿Desde qué saliste embarazada has recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos, o te han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que te hayan causado daños?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

9. ¿Alguna vez en tu vida te has sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos negativos que te hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia te has sentido así? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién te ha hecho sentir así? _____

(Énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

10. ¿Alguna vez en tu vida te han obligado a ver cosas que no te gustan o te has sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?⁴³

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

⁴³ Es importante tomar en cuenta que este tamizaje es recomendable aplicarlo con todas las adolescentes embarazadas por las altas probabilidades que existen de abuso sexual.

¿Quién lo hizo? _____
(El énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

11. ¿Te sentís segura volviendo hoy a tu casa (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?
12. ¿Le tenés miedo a tu novio/pareja (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

* Este cuestionario de Tamizaje se elaboró a partir de diferentes guías que se han usado en Nicaragua y en otras partes del mundo.

ANEXO No. 3 Protocolo VS

MINISTERIO DE SALUD INTERVENCIÓN EN CRISIS

En los casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual las crisis pueden ocurrir debido a varias causas entre ellas un incidente de agresión, al presentar una denuncia, al solicitar una orden de protección, ante la revelación de abuso sexual en la hija o hijo por parte de la pareja, entre otros.

La intervención en crisis debe potenciar una oportunidad de cambio en la situación de violencia y se convierte en uno de los principales recursos del proceso de ayuda. Sus metas principales es brindar seguridad y disminuir el riesgo para la mujer y sus hijos e hijas. Además aquí se deben de tener en cuenta los aspectos éticos ya que tenemos que tener en cuenta que durante la crisis hay un estado de confusión. Esta intervención es importante brindarla tanto a la persona agredida como a la persona que esta mas cerca de ella por ejemplo a la madre.

Sus componentes son:

a. Contacto psicológico

También se le conoce como primer contacto, esto implica empatía, conectarse al dolor de la persona agredida y permitirle a esta expresar sus sentimientos, como vergüenza, impotencia, culpa, rabia, odio, amor... y los deseos ambivalentes como querer irse pero no perder a su pareja, huir del hogar pero necesitar apoyo y cariño de la familia.

Reconocer sus pérdidas: ha perdido su autoestima, su autonomía, sus ideales personales y familiares.

Reflejar sus mecanismos de defensa: la persona esta confusa, por ello es importante redescubrir nuevas posibilidades. Es necesario confrontarla con sus mecanismos defensivos como: el odio a su agresor pero el no querer que sea detenido. ¿Cuál es el verdadero sentimiento?

b. Examinar las dimensiones del problema

- ❖ Evaluar el riesgo para la seguridad personal de la persona agredida y quienes están a su alrededor.
- ❖ Identificar las redes de apoyo (familia, comunidad...).
- ❖ Identificar con ella posibles alternativas de solución inmediata y futura.
- ❖ Facilitar la toma de decisiones en la persona agredida.

c. Reforzar las decisiones

- ❖ Es importante el respeto y el apoyo, reforzar logros obtenidos, como el hablar, denunciar y haber dado algunos pasos para salir. Así como su ingreso a un grupo de autoayuda⁴⁴
- ❖ Dar información legal, explicarle sus derechos, las leyes, las etapas de las relaciones violentas y el ciclo de la violencia, las dinámicas de abuso, el síndrome de acomodación, en fin toda la información necesaria que ella requiera.
- ❖ Ofrecerle una nueva cita, es importante de que no se vaya con la sensación de que es sancionada o juzgada y haber establecido un plan de emergencia y/o elaborar con ella un plan de seguridad previendo nuevas agresiones.

Debe de prepararse para las presiones familiares y/o de la comunidad para que desista de la denuncia o abandone el caso.

⁴⁴ Estos funcionan en los centros alternativos, conviene indagarse en su territorio acerca de estos.

ANEXO No. 4 Protocolo VS

RUTA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN ABSUSO SEXUAL⁴⁵

EN LA UNIDAD DE SALUD: Se hace la detección y una vez identificado el abuso, el proveedor o proveedora de servicio esta obligada a poner la denuncia y acompañar a la persona agredida a la Comisaría / Policía Nacional o Fiscalía.

LA DENUNCIA: Si te han agredido sexualmente, no te bañes no laves la ropa ni quites los destrozos para preservar las pruebas, puedes ir a la Comisaría o la Fiscalía. Las Leyes 230, 150 y el Código de la Niñez te protegen de la violencia.

REVISION MÉDICA FORENSE: La Comisaría o la Fiscalía te envía al médico o médica forense y la psicóloga. Sus valoraciones son pruebas para demostrar los delitos de lesiones físicas, psicológicas o sexuales.

El o la médica forense te examinará para constatar el daño físico y sexual que te dejó la agresión como: heridas, aborto, moretones, fracturas, zafaduras, mordiscos, quemaduras, entre otros.

La psicóloga valorará tu estado emocional para conocer el daño como: alteraciones nerviosas, desvelos, intranquilidad, pesadillas, dolores de cabeza, miedos, ahogos, falta de apetito, ganas de morir, entre otros.

APERTURA DEL PROCESO: Cuando la Fiscal tiene las valoraciones, completa el expediente y lo pasa al Juzgado, la Juez abre el proceso y programa las audiencias, si encuentra méritos ordena la captura del agresor. Cita⁴⁶ a las partes y sus testigos para que declaren, ahí contás lo que pasó con todos los detalles posibles, igual tienen que hacerlo los testigos. Si se trata de menores de edad, es necesario garantizar que no se haga en público. No estás obligada a ir a un trámite de mediación y en caso de realizarse la Fiscal garantizará que no te revictimicen.

JUICIO ORAL: Aquí hay tres momentos:

- ✓ **Audiencia Preliminar:** Si hay detenido, en 48 horas, se admite la acusación. Se debe hacer del conocimiento del detenido y se resuelven las medidas cautelares, además se le nombra abogado defensor.
- ✓ **Audiencia inicial:** Si no hay detenido, se realizan las diligencias de la audiencia anterior. En ésta se da un intercambio de información en cuanto a las pruebas, se revisan las medidas cautelares y si hay mérito para ir a juicio y determinar los actos procesales previos al juicio.
- ✓ **Audiencia Preparatoria del Juicio:** Se realiza a solicitud de las partes, para resolver las controversias surgidas del intercambio de pruebas ultimar detalles de la organización del juicio, podés solicitar la privacidad para evitar que te revictimicen.

⁴⁵ *Elaborado por Msc. Klemen Lorena Altamirano*

⁴⁶ Ni la persona afectada, ni el proveedor o proveedora de salud está obligada a llevarle la cita al agresor, de esto se encarga la Policía o las autoridades judiciales.

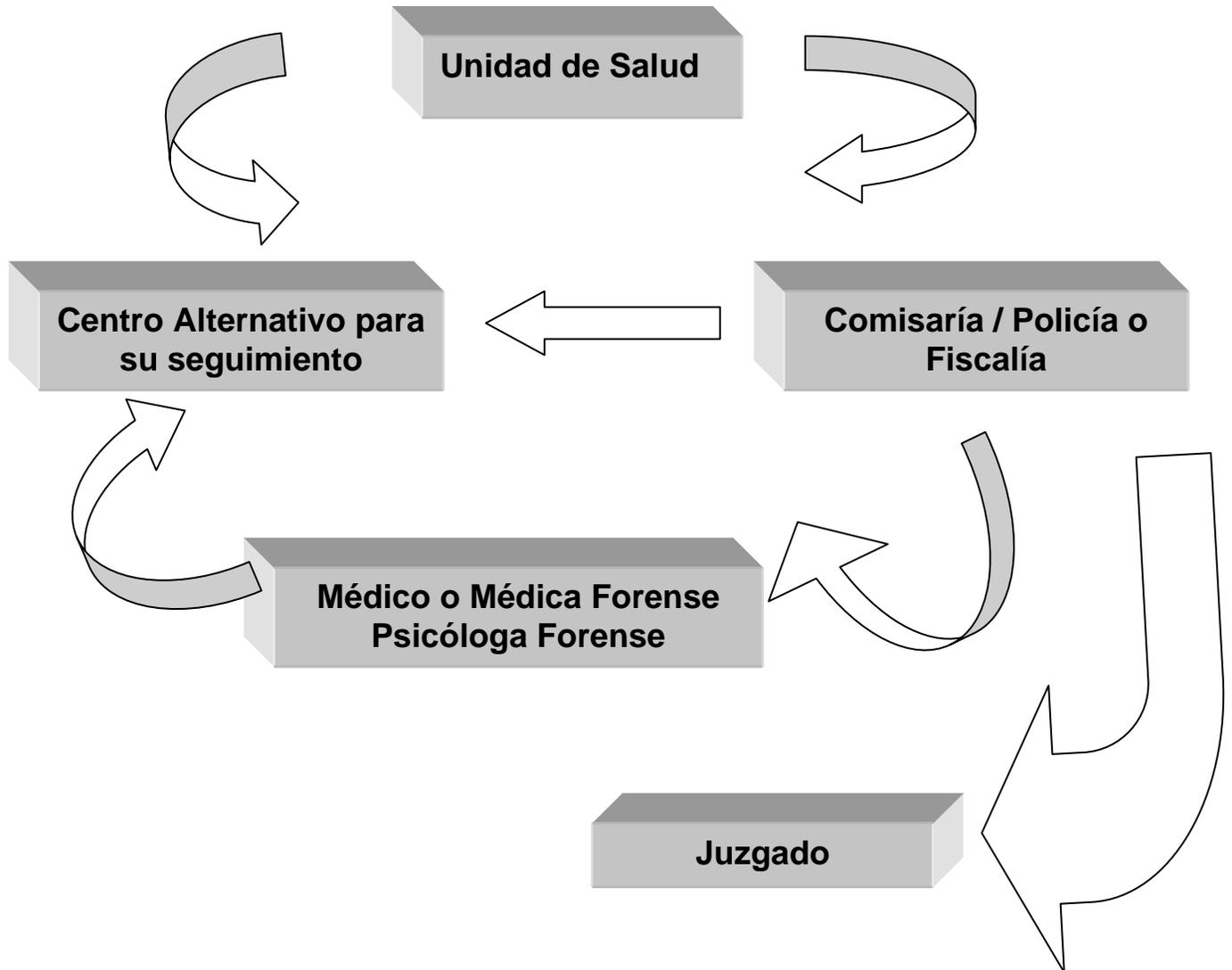
Las audiencias deben de ser rápidas y efectivas, la Fiscal evitará que tengas contacto visual con el agresor. En caso de realizar nuevas pruebas, se pueden aceptar si es estrictamente indispensable para comprobar el delito.

El Juicio Oral es público, en él se presentan pruebas documentales, informes, certificaciones, Peritos, y testigos. Por ningún motivo te deben hacer preguntas que agredan tu dignidad, ni en los alegatos ni en los argumentos. El acusado puede optar a ser Juzgado por un Jurado de Conciencia o por un Juez de Derecho.

En caso de que opte por el primero, el caso es presentado ante el Jurado de Conciencia, este da su veredicto que puede ser de culpabilidad o no del acusado. Si se determina que es culpable, el o la Juez impone la pena o sanción establecida en el Código Penal.

Es importante que desde el inicio del proceso, recibas atención psicológica o ingresa a un grupo de autoayuda para tu recuperación emocional, un proceso judicial requiere de mucha fortaleza y apoyo.

RUTA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN ABSUSO SEXUAL⁴⁷



⁴⁷ La referencia al centro alternativo se puede dar en cualquier momento del proceso y desde cualquiera de las instituciones involucradas ya que el apoyo psicosocial es básico para el seguimiento y para su ingreso al grupo de autoayuda. Es importante tener presente que la mediación no cabe en situaciones en donde se de hecho hay una desventaja ya que el problema de la violencia es un problema de poder.

ANEXO No. 5

MINISTERIO DE SALUD HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA VALORACIÓN FÍSICA Y RECOLECCIÓN MEDICO LEGAL

UNIDAD DE SALUD: _____.

Yo _____ autorizo al prestador o prestadora de servicio _____ de la Unidad de Salud: _____ a realizar examen médico a: _____ que consiste, en examinarme físicamente (incluyendo áreas genitales, ano y mamas), lo cual implicará que tendrá que observarme con mi cuerpo al descubierto (en las áreas donde me revisará), a tomar muestras de secreciones y fluidos, así como fotografías, de las áreas que la examinadora o examinador amerite y en valorar y recolectar la ropa que tengo puesta, (si es la misma que llevaba en el momento de la agresión sexual). Anexar toda esa información al expediente clínico para ser utilizado en el proceso judicial.

El prestador o prestadora de servicio de salud está obligado por el Código Penal vigente de la República de Nicaragua, Código de Procedimiento Penal y Código de la Niñez y de la Adolescencia a poner en conocimiento de autoridad competente cuando se sospeche de una agresión sexual.

Todo el material forense antes descrito será custodiado por el servicio médico, donde estoy siendo atendida, asegurándose la cadena de custodia para garantizar la validez de la prueba.

He comprendido y me han explicado todo lo antes expuesto por tanto:

Firma de la persona que autoriza el procedimiento:

Identificación: _____.

Fecha y Hora _____

No autorizó el procedimiento: _____.

Nota: Si la persona es menor de edad deberá firmar el familiar o tutor legal responsable, sin embargo si éste se negara a firmar el consentimiento la o el prestador de servicio deberá notificar a la comisaría de la mujer, niñez y adolescencia recordándose que deberá privar el interés superior de la niña, niño o adolescente

ANEXO No. 6
MINISTERIO DE SALUD
Informe del Peritaje Psicológico⁴⁸

I. Datos Generales:

Nombres, apellidos, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, Numero de hijos e hijas,
Dirección, Fecha y hora de recepción de la solicitud y Fecha de emisión del informe del peritaje psicológico.

II. Datos de Referencia

Procedencia de la solicitud: Juzgado, Ministerio Público, Procuraduría de los derechos humanos, Policía o Comisaría⁴⁹. Solicitado por: (nombre y cargo de la persona solicitante). Causa de Referencia: Debe de especificar la información requerida, ¿para qué?

III. Objetivo del Peritaje

Debe de hacer mención del objetivo expuesto en la solicitud. Ej.: *Realizar peritaje psicológico para determinar secuelas psíquicas que afectan la salud de la niña (nombres y apellidos de acuerdo a la solicitud) quien fue referida por el o la Fiscal del Ministerio Público (nombre y apellido de quien solicita), por denuncia de violación por su padrastro.*

IV. Impresión General y Actitud ante las Entrevistas y Pruebas Aplicadas

Detallar aspecto físico, expresión facial, postura y datos acerca del cuidado o higiene personal que denoten su estado anímico comportamiento, expresividad, colaboración, interés, motivación al momento de realizar el peritaje.

V. Sintomatología Actual

Enumeración de signos y síntomas observados, los expresados por la víctima, y los encontrados en las pruebas aplicadas, los que por supuesto deben de ser contrastados entre sí.

VI. Etiología de los Síntomas

Descripción de los síntomas encontrados y su relación con el tipo de violencia que ha vivido. Ampliar sobre los cambios ocurridos en intensidad, frecuencia y reacciones de la persona agredida, frente al tipo de violencia vivida. Así mismo describir las circunstancias en que se han desarrollado la sintomatología presentada, evidenciar los nexos entre los eventos y reacciones psicológicas y psicosomáticas diagnosticadas e identificar la dinámica vivida, el momento del síndrome de acomodación del abuso sexual, los efectos en ella o él.

VII. Resultados de las Entrevistas y Pruebas Aplicadas

Plasmar con precisión los resultados obtenidos, resaltando lo más relevantes en relación al objetivo.

⁴⁸ Propuesta metodológica del estudio monográfico "El peritaje psicológico en víctimas de violencia intrafamiliar y sexual" de Ericka Torrez y Marie Denisse Navarro, UCA, agosto, 2001.

⁴⁹ Son las únicas instituciones autorizadas para solicitar peritajes para que este tenga validez legal, según el CPP

VIII. Conclusiones

- a. Resumen psicológico de los puntos IV, VII Y VII.
- b. Diagnóstico psicológico conforme ejes del DSM-IVR

IX. Consideraciones

- a. Recomendaciones: Importante señalar los riesgos de revictimización debido a procedimientos y actitudes de quienes tienen que ver con la persona agredida.
- b. Pronóstico y Tiempo estimado de superación del trauma.
- c. Observaciones

X. Anexos

- a. Procedimientos utilizados: Enumerar técnicas e instrumentos utilizados.
- b. Otros datos de interés: Lo que la Psicóloga considere relevante en cuanto al seguimiento terapéutico

ANEXO No. 7

MINISTERIO DE SALUD Informe del Peritaje Médico

- I. **Datos Generales:**
Nombres, apellidos, edad, estado civil, cédula de identidad (cuando la tuviese), escolaridad, ocupación, dirección, fecha y hora de recepción de la solicitud y fecha de emisión del informe del peritaje medico.
 - II. **Datos de Referencia**
Procedencia de la solicitud: Juzgado, Ministerio Público, Policía o Comisaría, Procuraduría de los derechos humanos⁵⁰. Solicitado por: (nombre y cargo de la persona solicitante).
 - III. **Objetivo del Peritaje** Debe de hacer mención del objetivo expuesto en la solicitud.
 - IV. **Historia clínica completa**
Deberá escribirse toda la historia suministrada por el o la persona agredida sexualmente con las palabras que el o ella refieran, señalando si usa gestos que indiquen alguna área del cuerpo por ejemplo si se toco la vulva como referencia al allí.
Se le deberá explicar sobre la revelación de información a terceros (que la ley señale), si los datos tienen relación con el caso, y además que la revelación de información a terceros es de carácter obligatorio para el o la prestadora de servicio.
 - V. **Recolectar el consentimiento para el examen físico**
Se le deberá a explicar con palabras sencillas en que consiste el procedimiento a realizar, la postura en que se colocara, la necesidad de mostrarse sin ropa para el objetivo del examen y garantizar que el o la persona halla comprendido el porque del examen físico.
 - VI. **Examen físico propiamente dicho**
Valorar el estado de la ropa y empacar en bolsas de papel cada pieza de ropa por separado para el perito del laboratorio de criminalística.

Iniciar por la valoración física extragenital, luego paragenital y *concluir con el área genital propiamente dicha*. Describir peso, talla, signos vitales, aspecto físico, expresión facial, postura. Describir expresividad, colaboración, esto será de ayuda para la valoración psicológica.

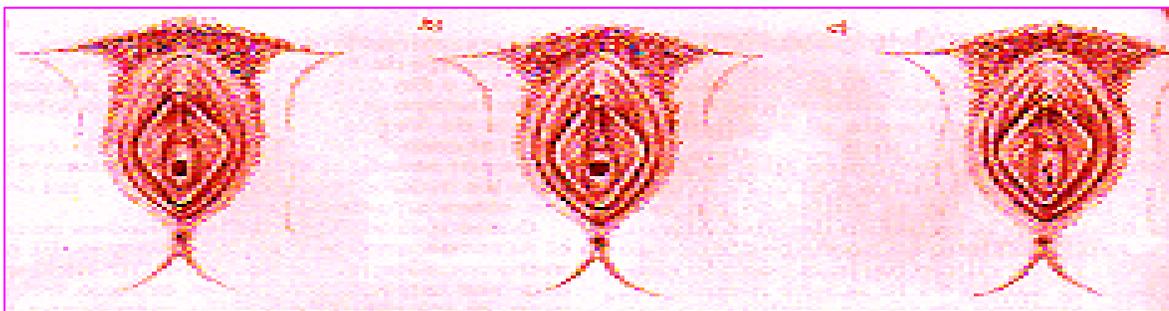
Describir en diagramas sobre las lesiones encontradas en el cuerpo de la persona agredida, así como coloración, evolución de las mismas. Tomar las muestras establecidas en el protocolo por el prestador o prestadora de servicio. (citología en busca de espermatozoides y serología en busca de semen de vagina, ano y boca) así como fluidos (sangre u orina) cuando se sospeche del uso de tóxicos. (Deberá tenerse presente que la policía nacional debe de solicitar este examen en especifico, con la convalidación del juez antes de las 24 horas).

Indicar la anticoncepción de emergencia cuando el caso lo amerite (se debe indicar hasta cinco días posterior a la agresión sexual).
-

VII.

Conclusiones

- a. Descripción de las lesiones encontradas en cada área del cuerpo.
- b. Descripción completa de los hallazgos genitales.
- c. Indicar que tipo de muestra se recolecto y hacia donde fue remitida (lugar, fecha y hora exacta).
- d. Concluir sobre la correlación de los hallazgos encontrados y lo revelado por la persona agredida sexualmente.
- e. Tipo de tratamiento indicado.
- f. Referencias.



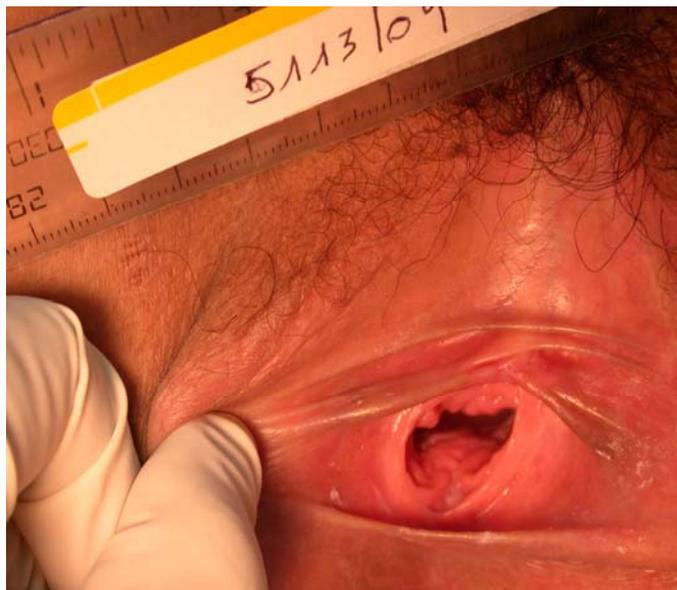
Los tres tipos de himenes mas frecuentes HIMEN ANULAR, HIMEN SEMILUAR E HIMEN BILABIADO.



Himen semilunar, bordes íntegros.



Himen semilunar, bordes íntegros



Himen semilunar con desgarró antiguo a las 06 horas en las manecillas del reloj

Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

DIRECTORIO DE ORGANISMOS INTEGRANTES DE LA RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA PARA LA REFERENCIA						
No	Nombre	Contacto	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
BOACO						
1.	Casa de la Mujer ANÍMALE	Corina Amador	Bo. Lama, costado sur Parroquia Santiago	842 2377		
2.	ASPRODIC/Asoc. Pro Desarrollo Integral	Alba Luz Robles	Boaco - Frente Portón del Instituto	842 1674	842 1675	asprodic@sdnic.org.ni
CARAZO						
3.	AMNLAE	Anabell Carrillo		8122353		
4.	Asociación Tierra y Vida		Fte Escuela La Unión, Sta Teresa	882 4364		
5.	Casa de la Mujer Sayda Gonzalez		Costado Norte Parque Ctral. Sn. Marcos	432 2329		
6.	Casa de la Mujer Auxiliadora Ramos		Juzgados 1/2 c norte, Jinotepe	412 2259		
7.	Centro Xochipilli	Ninoska Salazar	Jinotepe	4121527 8861370	4121527	nsalazar_ni@yahoo.com
8.	Mov Infantil Luis A Velásquez /Carazo		Banic 2 c sur 1/2 c. arriba, Jinotepe	412 2860		
CHINANDEGA						
9.	Casa de la Mujer Julia Herrera		Iglesia Esquipulas 1 c oeste, El Viejo	344 2305		
10.	CISAS - El Viejo		Mercado Ctral 3c oeste fte. Edificio T. Kint	344 2230		
11.	Movimiento de Mujeres Lucrecia Lindo	María Castillo Meneses	Esquina sur Kodak	0884 5590 0341 3497		
12.	Mujeres de Posoltega CIIR	Fidelia Martinez		7764467	3111201	vaneyra@mixmail.com
CHONTALES						
13.	Clinica de la Mujer	María Lourdes Rivera	Juigalpa	8122209		
ESTELI						
14.	Asociación de Mujeres Xilonem	candida A. Laguna		77133653	7133653	xilonem@ibw.com.ni
15.	AMNLAE - Estalí	Albertina Urbina		713 3038	713 3038	amnlamr@ibw.com.ni
16.	Centro "Acción Ya"	Martha Munquía	Mercado Municipal 3 1/2 c este	713 2108	7132108	accionya@ibw.com.ni
17.	Fundación "Entre Mujeres"			713 4067	713 7586	fem@ibw.com.ni
18.	INPRHU - Estelí		Clinica Matamoros 1/2 c este	713 3165		
19.	Centro de Mujeres IXCHEN	Daysi Fornos	Frente COTRAN costado norte	0713 3474		
20.	Mujeres Constructoras Condega			0752 2303		
GRANADA						
21.	Centro de Mujeres IXCHEN	leana Vallejos	Parque Sandino 2 c. Al Sur	5524965		
22.	AMNLAE - Granada	Rosalía Castillo/ Mayra Taylor	C / Calzada	552 2096	5522096	
23.	Casa de la Mujer Nora Astorga Nandaimé		Hosp. Rommel Carrasquilla 1/2 c este	450 2131		
JINOTEGA						
24.	AMNLAE - Jinotega	Victoria García López		0632 2752	0632 2752	cihua@tmx.com.ni
25.	Asoc. Mnpl. Mujeres Cuá - Bocay	Mariana Rivera/Petronila Fonseca	Asoc. Mujeres Cuá - Bocay			
26.	La Cuculmeca		Bo. Daniel Teller, apdo. postal #6	632 3578	632 3579	cuculmeca@tmx.com.ni
LEON						
27.	Asoc. Mujeres Discapacitadas La Paz Centro	Petrona Sandoval	Shell San Sebastián 1/2 c sur	311 3949		
28.	Centro de Mujeres IXCHEN	Nelly Navarrete	Frente a la COTRAN	3113230		
29.	Asociación "Mary Barreda"		Banic 1/2 c arriba	0311 2259	0311 2259	
30.	Casa de la Mujer Martha Angélica Quezada	Magally Ocampo	La Paz Centro I. católica 2 c sur 1/2 c este	314 2255		
31.	Casa de la Mujer Martha Mercedes Reyes		Parque Sn Juan, 2 c abajo, 25 varas sur	311 4525		
32.	Centro de Mujeres Xochilt Acalt	Mayra Pineda	Malpaisillo, Banco del Café 1/2 c sur	0316 226	0316 268	xochilta@ibw.com.ni
33.	Colectivo de Mujeres Profesionales	María Leticia Savedra	Texaco Guadalupe 1 c arriba, 1/2 norte	311 2219 - 6728		
34.	Mov.de mujeres Maria Elena Cuadra	Aminta de C.Tellez Ortiz		8851001		mujeresmec@latinmail.com

Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

DIRECTORIO DE ORGANISMOS INTEGRANTES DE LA RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA PARA LA REFERENCIA						
No	Nombre	Contacto	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
35.	Comité de Mujeres Rurales - León	Patricia Siles / faviola Reyes	Costado Norte Iglesia Bautista	3110471	3110471	cmrnpi@ibw.com.ni
36.	INST. COMUNIC. Y EDUCACION ALTERNAT.	Ma.Elena Sandino	Enel 1/2 c arriba	0311 6186	0311 6186	rds@ibw.com.ni
37.	Fundacion CIPALTOMALT	Francis Delgado		3112469		
38.	MADRIZ					
39.	INPRHU - Somoto		Costado Oeste del CEPEN	722 2031-33		
	MANAGUA					
40.	Centro de Mujeres IXCHEN	María Lourdes Rodríguez	Contiguo a donde fue cine salinas	2443189		
41.	Centro de mujeres Acahual	Sandra Vargas Lopez		2682159		acahual@ibw.com.ni
42.	ADMUFRA	María Teresa Narvaez	C. Norte Gemina 210 varas lago	249 9888		admufra@ibw.com.ni
43.	AMIFANIC - Ciudad Sandino	Reina Rodríguez	Zona 8 Manzana 5, C. Sandino	269 0853		amifanic@ibw.com.ni
44.	Centro de Mujeres IXCHEN/C. Sandino	Marcia Saavedra	De donde fue Banco Popular 3 c. Al Norte	2699530		
45.	ASINGPAVI	Martha Cabrera	San Rafael del Sur	7766982/8315068		
46.	AMNLAE - Nacional	Alicia Meneses Mena		277 3598	278 5664	amnlae@cablenet.com.ni
47.	MONATSI	Margarita Castillo		2804838		
48.	Centro de Mujeres IXCHEN	Ivette Mendoza	Tipitapa, Policia 1c. Arriba 1 1/2 Norte	2953530		
49.	AMNLAE - Tipitapa	María Elena Marota	Tipitapa, Alcaldía 2c abajo, casa 210	8659814		
50.	Asoc. Mujeres Prof. pro Desarrollo Las Bujías			249 3607	249 3607	
51.	Asociación para el Desarrollo Municipal			2492061 2772560		desmun@tmx.com.ni
52.	Asociación TESIS	Felicita Lainez	Canal 4, 1/2 al sur	2660718/08884353	266 3885	tesis@ibw.com.ni
53.	CANTERA	Julie Marciacq	Plaza el Sol 2 c. sur, 1 c arriba, # 8	277 5329	278 0103	cantera@nicarao.org.ni
54.	CANTERA - Ciudad Sandino	Diana Fanguy	Zona 6 contiguo Colegio G. Pomares	269 0717		
55.	Casa Albergue			269 72 55		albergue@ibw.com.ni
56.	CCER	María T. Crepin	CST 1 c abajo 3 c 1/2 c abajo	266 6711 / 2033	2662033	divulgacion@ccer.org.ni
57.	CENIDH Centro Nic. Derechos Humanos	Margarita Urbina	IBM Montoya 2 c abajo 1 1/2 sur	222 2563/2668040	266 8405	
58.	Centro de Mujeres ISNIN	F. Millón / Verónica Salinas	Racachaca 1c arriba 10 vrs lago	266 0169	266 0169	snin@ibw.com.ni
59.	Centro Dos Generaciones	Deysi Rugama	Telcor Mons. Lezcano, 21/2 al sur	266 4960 / 4999	266 4909	dosgener@tmx.com.ni
60.	Centro Ecuémico Antonio Valdivieso		Plaza el Sol 7 c lago	222 4577/2331613	233 1613	maloa1@starmedia.com
61.	Centro Mujere IXCHEN NACIONAL	Juanita Jiménez	Antiguo Cine Salinas 2 1/2 c. abajo	2484527	2484528	ixchen@ibw.com.ni
62.	Centro de Mujeres IXCHEN	Rosa Argentina Sandoval	Villa Libertad Farm. Marien 20 varas Norte	2800245		
63.	Centro Mujer y Cambio	Theodora Pérez	Semaforos Zumen 1c abajo 1 1/2 c sur	260 3687	260 3687	myc@sdnic.org.ni
64.	CEPREV Centro Prevención de la Violencia		Cine Altamira 2 c lago 1/2 este # 212	267 8509	0522 2809	ceprev@ibw.com.ni
65.	Centro Fe y Alegría Red de mujeres de fe	Nidia Delgadillo B.		2301030		
66.	CDC	Azahlea Solis	Hospital Militar 1 1/2 a bajo	2669715	2669716	cdcnic@nicarao.org.ni
67.	CESADE			088 70540 / 2669270	266 9270	cesade@nicarao.org.ni
68.	CISAS Centro Inf.y Serv. de Asesoría en Salud	Nilda Carrillo	SUMEDICO 75 varas abajo	266 268 5969	266 2237	nilda@cisas.org.ni
69.	CISAS San Francisco Libre	Miriam Sandoval	Alcaldía 1/2 c norte 1 c sur 1/2 c oeste	249 9335		
70.	Colectivo de Mujeres ITZA	Bertha Inés Cabrales	Costado Este Estación Policia A. Delgado	249 00 62	249 00 62	itza@ibw.com.ni
71.	Colectivo de Mujeres Xochilt	Edelba Lumbi	Rpto Schick, Chaparral 3 c lago 1/2 c abajo	289 1516	289 1516	xochilt@ibw.com.ni
72.	Colectivo Feminista 8 de marzo	Martha Sanchez	C. Norte, Siemens 2c.arriba, 1/2 sur	249 1701	249 1701	mujeres@ibw.com.ni
73.	Colectivo La Malinche		Cine Cabrera 2 1/2 c sur	222 5355 - 2444080		malinche@ibw.com.ni
74.	Asociación de Mujeres Profesionales	Eva Maria SanQui Cham	Distribuidora Vicky 1c. Al Sur 1 c.	770655		ampdi@hotmail.com

Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

DIRECTORIO DE ORGANISMOS INTEGRANTES DE LA RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA PARA LA REFERENCIA						
No	Nombre	Contacto	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
	por Desarrollo Integral		Arriba			
75.	Cooperativa Julia H. de Pomares		Col. Unidad de Prop. No. A 147	233 1257		cwalter@nicarao.org.ni
76.	FONDO Cultural Feminista	D. Wilson / Ma. Inés Rivera	cuerpo Bomberos 75 vrs al sur	2222775	2222775	fondofem@ibw.com.ni
77.	Fundación Puntos de Encuentro	Montserrat Fernández	Rotonda Gueguense 4 c abajo 1 c lago	2681227	2666305	formafen@puntos.org.ni
78.	Fundación Xochiquetzal		ITR Ciudad Jardín 1 1/2 c sur	245 0585	249 1346	quetzal@tmx.com.ni
79.	Instituto Nic. de Mujeres No Videntes (INMUV)	Luz Marina Gonzalez	Fosforera 2 c sur, 1/2 abajo	266 7425/08885687		
80.	Centro mujer y familia	Heizel Espinoza	Col. Centro America 2 al sur, 1/2 abajo	2772823/	2772823	
82.	Monatsi -Sector Informal	Margarita Castillo / Ramona Solis	Tipitapa, Alcadía 2c abajo, casa 210			
83.	Mujer y Comunidad	Nan McCurny / CIAV	San Francisco Libre	222 4577 - 7955		nan@nicarao.org.ni
84.	Mujer y Género		C.C.Z. 3c sur 1 1/2 arriba, Bo El Recreo	268 3353	0737 2231	
85.	Red de Jóvenes	Sugey Fuentes	Hospital Velez Paiz 2 c arriba	265 1694 / 1810	265 1694	sfuentes28@hotmail.com
86.	Si Mujer (Prog. de Adolescentes y Jóvenes)	Patricia Gonzlez	Ceibo 1 c lago 1/2 c arriba, Bo Sn Judas	260 3567		pajovenes@simujer.org.ni
87.	Si Mujer (Servicios Integrales)	Ana E. Orozco	IBM Montoya 1 c arriba	2223237	2226038	direccion@simujer.org.ni
88.	Asociación de Mujeres Profesionales P...	Maribel López	Managua	2894740		
89.	REDMUNDS		Km 6 C. Norte, Dancy 2 c arriba	249 2039		
	MASAYA					
90.	Centro de Mujeres IXCHEN	María Elena Velásquez	Parque central 1/2 c. Al Sur	5223308		
91.	CEBS	Isabel Jodar		5222855		cor@ibw.com.ni
92.	Centro de mujeres Masaya	Juanita Prado		5222809	5222809	juanitaprado@mundomail.net
93.	Colectiva de Mujeres de Masaya	Ma. Eugenia Delgadillo	ENITEL 1 c norte	522 5458 / 2809	522 5458	cdmdm@tmx.com.ni
94.	Fundación NAKAWE	Guadalupe Marcia	Nindirí	088 26658	0522 3671	nakawe@tmx.com.ni
95.	Bufete Popular "Boris Vega"	Rosa Estrada	Banpro 1/2 c. al sur	5224750	5224750	
	MATAGALPA					
96.	Centro de Mujeres IXCHEN	Elba Urbina	Enitel 1 c. Oeste			
97.	ADIC	Yolidia Hernández		612 5140		adic@ibw.com.ni
98.	Casa de la Mujer Norma Howking		Costado norte, parque Dario	612 3047		
99.	Centro Juridico Popular		Parque Dario 25 varas al sur	612 6005		CJPMata@ibw.com.ni
100.	Colectivo de Mujeres de Matagalpa	Eva Molina/Yalkiria Pineda	Banco Mercantil 2 1/2 c este	612 2458 / 4462	612 2458	cmmataga@ibw.com.ni
101.	Fundacion OTHAC	Isabel castillo		06123200/5724	5125724	nica@ibw.com.ni
102.	Grupo Venancia	Ruth Matamoros	Bo Guanuca, Iglesia Guadalupe 1 1/2 c sur	612 3562 / 4971	3124971	venancia@ibw.com.ni
103.	Monatsi - Mataglpa		Iglesia el Carmen, 1/2 c sur			
104.	Clinica materna	Ramona garcia	Cuidad Dario	6422113		
105.	Asocicion PROSALUD	Balquiria Castillo	Cuidad Dario	6422418		ofiprosa@ibw.com.ni
106.	Casa de las Mujeres Bocana		Bocana de Paiwas	279 9852		
	NUEVA SEGOVIA					
107.	Casa de la Mujer Luisa Amelia Sierra		Parque Ctral 25 vrs sur sur fte	732 2501		
108.	Casa Materna Mary Barreda	Rosa María Espinoza	Contiguo CDI Nuevo Amanecer	732 2343		
109.	CISAS - Nueva Segovia		Contiguo Teatro Segovia	732 2342		
110.	FUNDEMUNI Fund. Desarrollo Mujer y la Niñez	Ana patricia Martinez C.	Telcor 1/2 c norte, 1 c este, Ocotol	7323062	7322891	
111.	INPRHU		Detrás Casa Cural, Ocotol	732 2621		
112.	Médicos sin Fronteras	Yorlina Matamoros	Casa Materna, Quilali	7355039	7355039	loriona@ibw.com.ni
113.	Movimiento de Mujeres Pro Desarrollo Jalapa		Jalapa,	737 2316		
114.	Oyanka - Jalapa	María E. Fajardo	Banco del Café 1/2 c oeste	7372360	7372360	oyanka@datatex.com.ni
	R.A.A.N					

DIRECTORIO DE ORGANISMOS INTEGRANTES DE LA RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA PARA LA REFERENCIA						
No	Nombre	Contacto	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
115.	Movimiento Mujeres Nidia White	Matilde Lindo	Bo. Revolución, P. Cabezas	2822 350	2822350	
	R.A.A.S.					
116.	Gpo de Mujeres por la Igualdad de Derechos	María Elena Chem	Contiguo Centro de Salud, El Rama	8170395		
117.	CEDEHCA Centro DH Ciudadanos/Autonómicos		Bo. Central, frente a los pipitos	822 1914 / 2235		
118.	Iglesia Morava - Bluefields		Bo. Sta Rosa Rancho Mandela 1 c sur	822 1576		
119.	Movimiento de Mujeres Costeñas	Carmen Merlo	Bo. Punta Fria, Bluefields	0822 2685	0822 2685	carmerlo@ibw.com.ni
	RIO SAN JUAN					
120.	Casa de la Mujer - San Miguelito		ENITEL 1/2 c norte	552 6442		
121.	MUSAM San Miguelito		San Miguelito	0552 8807		
	RIVAS					
122.	Casa de la Mujer Sonia Bello	Lindabeth Fariñas	De la Policía, 1/2 c.al este	4533502	453 3502	amnlaeri@tmx.com.ni
123.	Fundación "Entre Volcanes"	Rosario Paisano	Frente Enitel, Moyogalpa, I. Ometepe	459 4118	4594118	volcanes@ibw.com.ni