

**Curso Especial de Posgrado en
Atención Integral para Médicos Generales**

**m ó d u l o
CINCO**

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y ABUSO SEXUAL EXTRAFAMILIAR**

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Contenidos

Sonia Mora Rodríguez
Eida Camacho Cantillano
Giselle Brenes Pacheco
Mayrene Sánchez Zamora
Rita Flores Astorga

Contenidos

7	Presentación
8	Prefacio
9	Introducción
12	PRIMERA UNIDAD Elementos teóricos acerca de la violencia intrafamiliar (VIF) y el abuso sexual extrafamiliar (ASE)
13	I. Principales teorías y conceptos
13	A. Consideraciones generales
19	B. Principales teorías sobre la VIF y ASE
21	C. Tipos de VIF
25	II. Repercusiones de la violencia en las personas y en la sociedad
25	A. VIF como problema de salud pública
29	B. Consecuencias de la violencia en la vida de las personas y en la sociedad
33	III. Aspectos ético-legales en la atención de la VIF y el ASE
33	A. Legislación vigente en Costa Rica
37	B. Características de los registros
41	C. La confidencialidad y el secreto profesional en la atención

- 42 **SEGUNDA UNIDAD**
Aspectos subjetivos que influyen en la atención a las personas
afectadas por VIF
- 43 **I. Aspectos subjetivos que influyen en la atención a las personas**
afectadas por VIF
- 43 A. Actitudes que interfieren con la atención
- 45 B. Creencias respecto del entorno de la violencia
- 46 C. Creencias sobre las víctimas de violencia, por parte del personal que
las atiende (personal médico y de policía)
- 48 D. Creencias sobre las personas agresoras
- 50 **II. Fundamentos básicos de las relaciones entre el médico (a) y la**
persona afectada por violencia y su familia
- 51 **A.** Elementos de la comunicación que favorecen o interfieren en la
atención
- 57 **B.** Actitudes que favorecen una adecuada atención a las personas
afectadas de VIF o ASE
- 59 **III. Auto-cuidado para el personal de salud que atiende a personas**
afectadas por VIF o ASE
- 59 A. Estrés prolongado y el síndrome de “burn-out”
- 63 **TERCERA UNIDAD**
Abordaje integral de situación de VIF y ASE
- 64 **I. Diagnóstico de situaciones de VIF y ASE**
- 64 A. Indicadores para la detección de situación de VIF y ASE
- 66 B. Indicadores de VIF y ASE en niños (as) y adolescentes
- 68 C. Indicadores más frecuentes de VIF y ASE en mujeres
- 72 D. Indicadores de VIF y ASE en adultos (as) mayores
- 74 E. Indicadores de VIF en personas discapacitadas

76	II. Principios y fundamentos que rigen la atención integral a la VIF y ASE
76	A. Principios que rigen la atención integral a la VIF y ASE
77	B. Fundamentos de la atención integral a personas afectadas por VIF y ASE
78	C. Ejes de atención
88	III. El trabajo en equipo y el trabajo intersectorial
88	A. Responsabilidades según nivel de acción (MS, CCSS, 2000)
92	B. Procesos de vigilancia de la VIF y ASE
93	C. Abordaje interdisciplinario y trabajo intersectorial: redes interinstitucionales comunitarias.
100	Referencias Bibliográficas

Presentación

Prefacio

El Curso ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para actualizar adecuadamente los conocimientos teórico-prácticos del recurso médico en el primer nivel de atención.

La combinación de producción de material teórico-metodológico instrumental, representa uno de los ejes de desarrollo de la línea argumental de los programas de extensión docente de la Escuela. La articulación de herramientas e instrumentos para la atención médica integral con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y los avances del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención del primer nivel de atención.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y realimentan entre ellos necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad producto del fenómeno de la intertextualidad.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de trece módulos, elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, de la CCSS, de la Universidad de Costa Rica y otras instituciones públicas, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública, , de los cuales, el módulo de Atención Integral de Salud y el de Promoción, Prevención y Educación para la Salud, constituyen los ejes del curso

Alcira Castillo Martínez
Directora
ESCUELA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Introducción

La violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar son un problema muy frecuente en Costa Rica, que afecta a la población costarricense sin distinción de edad, sexo, área geográfica, escolaridad y condición socioeconómica.

Por ser un problema de alta complejidad, se requiere para su abordaje, de la participación de un equipo interdisciplinario, específicamente de psicólogos(as), médicos(as), enfermeros(as) y trabajadores(as) sociales, entre otros(as). Es por esto, que el Curso de Atención Integral en Salud para médicos generales, lo incluye dentro de sus prioridades de capacitación, en este caso para el personal médico.

Este módulo tiene como propósito brindar los elementos teórico-conceptuales básicos de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, para que el médico general pueda aplicar en sus labores profesionales, a fin de prestar una adecuada atención integral a esta problemática, en el primer nivel de atención.

La primera unidad proporciona los elementos conceptuales generales, su impacto en las personas y los contenidos ético – legales más relevantes.

La segunda unidad puntualiza en diferentes aspectos relacionados con la relación médico – paciente en relación con la atención de esta problemática, las actitudes y creencias que intervienen y algunos aspectos básicos sobre el autocuidado en el personal de salud del primer nivel de atención.

La tercera unidad enfatiza en aspectos de diagnóstico. Proporciona los indicadores más frecuentes que el médico general puede aplicar para la detección y diagnóstico de la violencia y los principios y fundamentos que rigen la atención integral.

Claves

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl.

Objetivo General del Módulo Cinco

Poner en función los elementos básicos y las herramientas necesarias para brindar una atención integral a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y abuso sexual extra familiar.

PRIMERA

U N I D A D

Elementos teóricos acerca de la violencia intrafamiliar (VIF) y el abuso sexual extrafamiliar (ASE)

Objetivo general de la Primera Unidad

Analizar los fundamentos teóricos y metodológicos que se refieren a la atención a las personas.

I. PRINCIPALES TEORÍAS Y CONCEPTOS



Analizar los principales conceptos y teorías respecto de la violencia intrafamiliar

A. CONSIDERACIONES GENERALES

La convivencia en sociedad, debe estar basada en principios de solidaridad, cooperación y respeto. Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad en un ambiente de relaciones interpersonales armoniosas y libres de violencia. Sin embargo, debe reconocerse que esta no es la realidad que experimentan muchos seres humanos, que están permanentemente expuestos a amenazas a su seguridad, por la violencia que se presenta en la sociedad, que reviste suma gravedad y que cobra particular importancia en el seno de la familia. En efecto, por esta causa, muchas personas ven amenazada su integridad y ven impedido su desarrollo personal.

En este módulo se presenta una propuesta de abordaje que expone zonas grises del conocimiento, relacionadas con la violencia contra las mujeres, los (as) niños (as), los (las) adolescentes y los ancianos, en el seno de las familias, que incluye aspectos como el perfil de las personas agresoras, los factores de riesgo, la resiliencia en los contextos culturales y la atención integral en el sector salud.

Los planteamientos que se proponen tienen carácter instrumental y definen elementos teórico–conceptuales y prácticos, que permitan la atención integral a la violencia, así como la selección de las acciones por realizar y las posibles articulaciones en la consecución de los planes para la construcción de un modelo de atención en el nivel local desde la perspectiva de la consulta que realiza el médico general.

La identificación de la violencia intrafamiliar (VIF), como problema de salud pública es un avance importante, sin embargo, no solventa el problema de cómo abordarla en la teoría y en la erradicación. En el manejo y comprensión del tema 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.

En este modulo se enfatizará el manejo de la VIF y ASE relacionados con los niños las niñas, los y las adolescentes las mujeres, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad.

Para poder analizar el fenómeno de la VIF y ASE es necesario considerar algunos criterios como:

1. Criterios por considerar en la definición de violencia

- La relación entre las personas implicadas, que tiene que ver con los diferentes tipos de familia y los vínculos o parentescos que puedan existir: como el matrimonio, nacimiento, adopción, relación íntima, personal y compartir espacios físicos en términos de hogar; es decir, toda una gama de tipos de cohabitación que se encuentran en nuestra sociedad.
- La naturaleza de los actos está relacionada con los tipos de violencia física, sexual, negligente patrimonial etc.
- La intensidad, aspecto que no siempre es considerado en las definiciones, se vincula con la frecuencia y con la gravedad con que suceden los hechos y el impacto sobre la víctima.

El acercamiento al problema nos hace identificar obstáculos de carácter epistemológico, por una parte, relacionados con el objeto del conocimiento y su complejidad y, por otra, en lo referente a las dificultades de conmovión interna que se produce de nuestras experiencias propias con la violencia, representaciones, miedos, vivencias, etc.

La atención integral a la violencia plantea la necesidad de un abordaje desde las condiciones de vida de las personas, en que interactúan varias dimensiones:

Dimensiones de las condiciones de vida

Los aspectos biológicos, el hábitat, las representaciones culturales (individuales y colectivas) y la interacción con las relaciones económicas y sociales.

Las condiciones de vida permiten analizar la calidad de vida, entender la salud como un producto social y como la expresión de las oportunidades de las personas en la satisfacción de sus necesidades de desarrollo humano y de las respuestas sociales existentes a nivel individual, grupal y colectivo social. La ausencia de respuestas a la VIF tendrá efectos en las condiciones de vida, equivalentes a aquellas, que se viven en una situación de violencia.

Las representaciones sociales son realidades mentales, símbolos que guían, nombran y definen actitudes y comportamientos sobre diferentes aspectos de nuestra realidad; estas son aprendidas y pueden desaprenderse.

Lo anterior es fundamental en tanto se determinen acciones y respuestas al problema pues se inhiben o estimula a las víctimas de la VIF en la búsqueda de ayuda.

Otro elemento que es indispensable analizar, son las relaciones de abuso de poder: La sociedad actual se caracteriza por ser un sistema de poderes estructurados de unos sobre otros, poder que tiene diversas manifestaciones y formas de ejercerlo.

Ejercer el poder es tener la posibilidad de decidir e intervenir en la vida del o los otros (otras), con hechos que obliguen, circunscriban, prohíban o impidan que hagan uso de sus libertades, creatividades y poderes propios

Poder de dominio

Existe consistencia en los estudios de género, en relación con el poder de dominio, como un elemento explicativo de la violencia, que ocurre en el seno de la familia, porque fomenta la construcción de los vínculos afectivos basados en la posesión, el dominio y la exclusión del otro (PLANOVI, C.R., 1996).

La violencia intrafamiliar no es una enfermedad, pero pueden aparecer, asociados a ella una variedad de síntomas y efectos en la salud de las víctimas y sus testigos.

La visibilización de la violencia como problema de salud pública es de reciente emergencia, aunque las personas y sus situaciones de agresión han sido atendidas desde hace mucho tiempo.

La organización de la atención diferenciada y la consecuente vigilancia epidemiológica son de planteamiento muy reciente. Fue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), quien incorporó las definiciones de los diferentes tipos de violencia.

Ciertos grupos de la población, con mayor frecuencia, son afectados por determinados tipos de violencia, por lo que, la respuesta social se dirige a ellos mayoritariamente:

Foco de atención a las víctimas de abuso

Son los niños (as) y las mujeres. Últimamente se ha integrado a los (las) adultos (as) mayores y recientemente, se inicia la atención especializada para personas discapacitadas y para grupos de ofensores (as).

Población masculina adulta víctima de violencia

Esta es invisibilizada, en las poblaciones de menores de edad las víctimas mayoritariamente son mujeres.

Tal invisibilización sucede también, con las personas adolescentes, las mujeres y los hombres que son adultos mayores. (Encuesta Nacional del Canadá, 1993, Gil, 1998, Claramunt, 1992, Finkelhor, 1981 y Russell, 1986)

El conocimiento sobre los grupos más vulnerables, nos enseña que la VIF no se distribuye al azar hay algunos factores que afectan su incidencia:

Ej.

- Sexo: es más frecuente en mujeres.
- Edad: es más frecuente en menores y adultos mayores.
- Preferencia sexual: homofobia.
- Condición de discapacidad: se presenta en todas las edades.
- Dependencia: fundamentalmente en la económica.

Condiciones asociadas

- Inequidad social en grupos humanos
- Desprotección legal
- Desconocimiento o nula información
- Atropello de los derechos humanos en el nivel social y familiar.
- Las representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los menores de edad, a los adultos mayores y a lo diferente.

Concl.

El desarrollo de una propuesta para el abordaje de la violencia por parte del sector salud, debe tomar en cuenta todas las variables y condicionantes expuestos anteriormente, incluidos los niveles de atención según sus grados de complejidad, de modo que se puedan desarrollar acciones de promoción, prevención y atención, con base en la capacidad resolutive de las diferentes unidades y servicios. Además, se debe asegurar la capacitación especializada del personal de salud.

2. Definición de Términos

En el marco de la atención a los casos de VIF y ASE, en el sector salud de Costa Rica, se dan las siguientes definiciones:

a. Violencia intrafamiliar

Es toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar. (PLANOVI, C.R., 1996)

**b. Abuso sexual
extrafamiliar
Definición**

Se refiere al abuso sexual cometido fuera del contexto de las relaciones familiares específicas, por una persona conocida o desconocida, usando cualquier medio que anule o limite la voluntad personal (PLANOVI, C.R., 1996).

c. Caso VIF

Constituye un caso de VIF toda persona que manifieste signos o consecuencias de haber sido o ser víctima de violencia ya sea física, psicológica, sexual, patrimonial, o por negligencia, ejercida por un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela. (Ministerio de Salud, CCSS., 2002)

Se considerará que existe un caso de VIF cuando este es reportado por la persona afectada o haya sido confirmado por un funcionario de salud debidamente capacitado.

d. Caso ASE

Constituye un caso de ASE, toda persona que manifieste signos o consecuencias de haber sido afectada por violencia sexual ejercida por una persona no integrante de su familia, sea conocida o desconocida, en contra de su voluntad, haciendo uso de la fuerza, intimidación, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal (Ministerio de Salud, CCSS., 2002)

B. PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA VIF Y ASE

Entre las teorías que explican las manifestaciones de la VIF y el ASE, citadas en PLANOVI C.R., 1996 están: el determinismo biológico, el aprendizaje social, el modelo intrapsíquico y la teoría género sensitiva.

1. Determinismo biológico

Esta teoría, como su nombre lo indica, habla de la determinación genética de las conductas violentas y obvia los aspectos histórico sociales.

La determinación biológica de los instintos resulta ser un enfoque a toda luz reduccionista. La violencia no es genética, es aprendida.

2. Aprendizaje social

El modelo de aprendizaje social parte del principio de que las conductas violentas son aprendidas en el contexto social por dos vías:

- La directa: implica la socialización dentro de familias o grupos que refuerzan positivamente las conductas violentas.
- La indirecta: es simbólica y se adquiere mediante los medios de comunicación de masas; TV, INTERNET, Cine, Prensa Escrita.

El aprendizaje de las conductas por la vía directa e indirecta, se producen por medio de un proceso de imitación. Este modelo es aceptado, la socialización de los individuos se realiza por medio del aprendizaje, por lo tanto, lo que es aprendido puede desaprenderse: si la VIF y el ASE son producto del aprendizaje social, pueden ser desaprendidos.

3. Modelo intrapsíquico

En este modelo la violencia se explica como el producto de impulsos.

La hipótesis principal es que ciertos problemas intrapsíquicos ocasionan la conducta violenta en unas personas y causan la vulnerabilidad para ser agredidas, en otras. Se explica por la existencia de conflictos no resueltos en las distintas etapas del desarrollo infantil y adolescente, que se traducen en pulsiones asociadas a: pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, temor a la intimidad, dependencia, temor al abandono y deterioro del yo.

Ej.

Los niños que han sufrido o han sido testigos de violencia y se identifican con el agresor, reproducen conductas violentas.

El principal argumento que se contrapone a esta concepción, es que la gran mayoría de las situaciones de VIF no son provocadas por personas con problemas intrasíquicos, sino, mas bien, se sustentan en situaciones de ejercicio de poder.

4. Teoría Género sensitiva

Esta teoría explica que la VIF y el ASE son un problema de construcción social, en cuya base se encuentra un proceso discriminatorio de socialización, que legitima la desigualdad entre los géneros.

Según esta teoría a los hombres se les atribuye el espacio público y a las mujeres el privado de la vida cotidiana, como espacios de vida y desarrollo, esta división asigna a las mujeres el mantenimiento y la reproducción biológica y social, que no han sido reconocidas ni valoradas, mientras a los hombres se les ha asignado las actividades productivas, trabajo remunerado, definición de la normativa social entre otras. Este paradigma masculino ha otorgado poder y autoridad, derechos y privilegios a los hombres que les ha permitido desarrollarse en todas las esferas de la vida pública con autonomía e independencia. Las mujeres han estado marcadas por la subordinación y el servicio a los demás, esta realidad de género tiene una incidencia directa en la posibilidad del desarrollo individual y colectivo de las mujeres, resultando en marginación y subordinación.

Género (concepto)

Se entiende por género a “...grupos bio-socio-culturales, construidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente.

Ya clasificados, se les asigna de manera diferencial un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamientos y formas de subjetividad...” (Lagarde, 1992)

C. TIPOS DE VIF

La VIF puede ser de cinco tipos: psicológica, física, sexual, patrimonial o por negligencia (MS - CCSS, 2002):

1. Violencia psicológica

Acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias, y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, humillación, aislamiento o cualquiera otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Ej.

- La comparación entre niños (as) por el rendimiento académico.
- El menosprecio a la opinión de las mujeres en cualquier campo.

2. Violencia física

Arriesga o daña la integridad corporal de una persona, al producir lesiones internas o externas.

Ej.

Golpes, hematomas, fracturas, sugilaciones entre otros.

3. Violencia sexual

Acciones que obligan a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquiera otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

4. 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.

Ej.

El adulto mayor con problemas de higiene y nutrición.

El niño con esquema de vacunación incompleto.

5. Violencia patrimonial

Implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención, o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas.

Ej.

Mujer a la que su compañero le destruye su ropa, objetos de estudios y otros, con el fin de impedirle que salga de la casa, o que se relacione con otras personas.

Res

- Existen diferentes teorías a partir de las que se interpreta la VIF y el ASE, entre las cuales están: el determinismo biológico, el aprendizaje social, el modelo intrapsíquico y la teoría género sensitiva.
- El determinismo biológico explica la VIF y el ASE, por la existencia de características genéticas de los agresores.
- La teoría del aprendizaje social interpreta la VIF y el ASE como formas de conducta aprendidas por modelaje en forma directa (al interior de la familia y grupos de pertenencia) e indirecta por los medios de comunicación de masas.
- El modelo intrapsíquico explica la VIF y el ASE por la existencia de conflictos no resueltos en las distintas etapas del desarrollo infantil y adolescencia.
- La teoría género sensitiva se fundamenta en un problema de construcción social que legitima la desigualdad social entre géneros.

Concl.

La VIF y el ASE son el producto de múltiples causas y factores y pueden afectar a cualquier persona independiente de su sexo, edad, etnia, condición socioeconómica y geográfica. La violencia tiene varias formas de ejercerse, todas son muy dañinas y todas dejan secuelas de gran importancia.

Por lo tanto su atención integral exige la participación de todos los sectores y todas las personas implicadas.

Toda situación de VIF o ASE amerita gestionar la atención integral inmediata.

II. REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS Y EN LA SOCIEDAD



Analizar las consecuencias de la VIF y el ASE en la vida de las personas afectadas y en la población.

“La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo y nos afecta a todos de un modo o de otro, para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas y evitar los lugares peligrosos. Para otros no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de las puertas, oculta a lo ojos de los demás y para quienes viven en medio de la guerra y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida.” (OPS/OMS, 2002.)

“La salud pública ha logrado éxitos notables, sobre todo en la reducción de la frecuencia de las enfermedades de la infancia, sin embargo, salvar a los niños de éstas enfermedades para que sean víctimas de la violencia, o para perderlos más adelante a manos de sus parejas, por la ferocidad de la guerras y los conflictos, o por las lesiones auto inflingidas o víctimas del suicidio, sería un fracaso de la salud pública. (OPS/OMS, 2002.).

A. VIOLENCIA INTRA FAMILIAR COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1. Consideraciones epidemiológicas en Costa Rica

Según el Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar (MS-CCSS, 2002), en Costa Rica no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada de menores y adolescentes víctimas de violencia, abuso y explotación sexual. La información disponible proviene de diversas fuentes, originadas principalmente en el reporte de casos atendidos.

En 1997 el Patronato Nacional de la Infancia, atendió 23.139 menores y adolescentes, de los cuáles 1.299 fue por maltrato físico, 1.575 por maltrato sexual y 64 por maltrato psicológico y verbal. O sea, el 12.7 % de los niños atendidos evidenció maltrato y abuso.

En 1998, la línea telefónica “Rompeamos el silencio”, recibió un promedio de 43 llamadas diarias, una de cada 10 fue hecha por un menor o adolescente.

En el 2001, se atendieron 88 menores afectados por abuso, 68% femeninas, 32% masculinos; del total, el 39% fue víctima de abuso por parte de uno de sus progenitores o de ambos.

En el 2001, El Comité de Niño (a) Agredido (a) del Hospital Nacional de Niños atendió un promedio mensual de 22 casos de los cuáles fallecieron cinco niños (as) víctimas de VIF.

El abuso de mujeres por parte de su pareja, es una forma endémica de VIF, en 1980, en el seno de Las Naciones Unidas se afirmó que “la violencia hacia la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo”. La violencia contra las mujeres, especialmente la que ocurre en el hogar, es una práctica que se ha legitimado durante siglos, se ha naturalizado. (Ministerio de Salud y CCSS, 2002).

La VIF y el ASE aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres de edad reproductivas. Además de heridas, hematomas, fracturas, pérdida de capacidad auditiva, desprendimiento de retina, enfermedades de transmisión sexual, abortos e incluso femicidios. Las mujeres víctimas de violencia pueden padecer estrés crónico y como consecuencia, enfermedades como la hipertensión, diabetes, asma y obesidad, entre otras.

La VIF hacia la mujer tiene un alto costo económico y social para El Estado y la sociedad, y puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico. En las economías de mercado, la VIF representa casi un año de vida perdido por mujeres entre 15 y 44 años por cada 5 años de vida saludable (MS, CCSS, 2002).

En 1999, el Poder Judicial tramitó alrededor 26.437 solicitudes de medidas de protección en todo el país, resolviéndose 25.023 casos.

En el 2000, ingresaron 22.643 casos de los cuáles se resolvieron 30.825.

En el 2000, la línea “Rompeamos el silencio” del INAMU, recibió un total de 12.304 llamadas.

En el 2001, recibió 64.311 llamadas; siete veces más que las recibidas en el año 1999.

En el 2002, hasta el 04 de junio se habían recibido 35.652.

En el 2002, el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y

Abandonado (CENAAA) atendió entre enero y noviembre, 55 mujeres y 20 varones.

En la población de personas que sufren alguna discapacidad, se ubican las mayores cuotas de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico, especialmente en las mujeres con algún tipo de deficiencia sensorial, físico o de desarrollo intelectual.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial tras un estudio minucioso, sobre las personas minusválidas, informa al país que el 98% de estas personas, que conviven con sus familias presentan graves problemas de violencia intrafamiliar (INAMU, 2003).

En el octavo informe del Estado de la Nación (2002) se expresa que “en la forma en que un país trata a sus mujeres expresa su grado de desarrollo humano o lo que es lo mismo, la violencia contra las mujeres es una de las manifestaciones más graves y palpables de inequidad social, y esto no es casual, en la mayoría de los casos, es producto de la condición de subordinación y discriminación en que se ha colocado a la población femenina.

La agresión a las mujeres representa, además, un problema de seguridad ciudadana, de salud pública y de desintegración sociofamiliar al que debe prestársele especial atención.

La situación de los menores de edad, relacionada con la violencia intrafamiliar no es menos dramática, lo que es preciso agregar aspectos de tolerancia social hacia el castigo físico y maltrato al menor, lo que actúa como obstáculo para la identificación, registro y notificación de la violencia hacia los menores de edad.

La fundación GESO (Género y Sociedad), realizó un estudio comparado en el 2002, donde se proyectan estimaciones de la potencial demanda de servicios en Costa Rica. Las familias afectadas por la violencia intrafamiliar se estiman en 300.000 (GESO, 2002)

Concl.

- La VIF constituye un problema multifactorial y multicausal muy complejo en el ámbito de la salud pública y representa una amenaza para la salud individual y colectiva.
- En Costa Rica se han promovido múltiples esfuerzos públicos y privados, para atender este problema en los diferentes grupos poblacionales víctimas de esta problemática, entre los que se citan el Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Nacional de la Mujer, el Comité de Niño Agredido del Hospital Nacional de Niños, el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, la línea telefónica 911 y la 800-300-3000 “Rompeamos el silencio”.
- La atención integral a la violencia intrafamiliar se fundamenta en el derecho de los niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres y personas mayores, a vivir con dignidad, libertad, justicia y paridad.
- Toda persona tiene derecho a la defensa de la vida y a vivir en condiciones que le permitan una calidad de vida adecuada.

2. Vigilancia de VIF y ASE en salud pública

El Protocolo de Vigilancia de VIF y ASE (MS, CCSS 2002) contiene los procedimientos para el registro, la notificación obligatoria, los procesos y los tiempos que se deben seguir en esta materia. (ver anexo No. 1 Protocolo de vigilancia de la VIF y ASE, páginas 28-48)

Algunas intervenciones en relación con el abordaje de VIF y ASE:

1994

El Sector Salud declara que la violencia en Costa Rica es un problema de salud pública y se prepara el Primer Plan Nacional de Salud para la atención a la VIF .

1996

Se publica el Plan Nacional para la Prevención y la Atención de la Violencia (PLANOVI), el cual obedece a un proceso de concertación en el que participan todas las Instituciones que tienen alguna implicación en la atención de la violencia.

2000

La CCSS crea el Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, ubicado en el Departamento de Medicina Preventiva de la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

B. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS Y EN LA SOCIEDAD

1. Impacto de la violencia en la sociedad y en la calidad de vida de las personas.

En las personas la violencia produce no solo daño físico, sino también emocional, con un impacto profundo e intenso.

En los procesos colectivos, aspectos como la desintegración social, la criminalidad, las adicciones, las diferentes formas de explotación sexual comercial en todos los grupos de edad y sexo, la violencia en las carreteras y la desintegración familiar, se relacionan directamente con los distintos aspectos de la violencia intrafamiliar. (García y colaboradores, 2003)

Aunque es difícil medir el daño y los costos personales y sociales, son evidentes los efectos en la calidad de vida, traducidos en sufrimiento, ausencia de satisfacción personal, incapacidad, dificultades en el desempeño laboral y académico, adicciones, suicidios o intentos de suicidio, entre otros.

Frecuentemente hay enfermedades de tipo recurrente e internamientos en unidades psiquiátricas.

La violencia debe entenderse en el marco de las relaciones de abuso y control, ejercido por personas de la misma familia, queridas y conocidas, por lo que el trauma es mayor y más doloroso. Se produce confusión, desorientación, impotencia, sentimientos de soledad, cautiverio, miedo, inseguridad, ansiedad, temor a que no se les crea, a ser desleales y a las represalias.

Se producen esfuerzos en medio de esa confusión para “acomodarse”, “adaptarse”, como estrategia de sobrevivencia.

El abuso lesiona el sentido de eficiencia de las capacidades y destrezas que se poseen. No se cree en sí mismo (a), la autoestima está muy debilitada.:

Se experimenta traición no solo por parte de la persona que comete el abuso, sino también porque los que no pudieron o no supieron protegerlo o ayudarlo. La traición experimentada crea connotaciones negativas asociadas a culpa y vergüenza, que son incorporadas a su autoimagen.

En muchas oportunidades, ante el abuso sexual, quedan recuerdos y hay eventos que atemorizan a las personas, asociados con la actividad sexual, o se transmiten concepciones erróneas acerca del comportamiento sexual futuro.

Los esfuerzos y los deseos de la víctima por detener el abuso, son constantemente frustrados. La persona agredida experimenta sentimientos de impotencia, de ineficiencia y desconfianza en las capacidades que posee.

**2. Secuelas más
frecuentes
de la violencia**

- Anorexia o bulimia
- Desordenes del sueño (insomnio o pesadillas)
- Pobre imagen corporal
- Miedos, fobias, temores
- Problemas con el establecimiento de la confianza y de los límites personales.
- Auto agresión
- Ideación y gestos suicidas
- Sentimientos de culpa y vergüenza
- Amnesia psicogénica / disociación
- Impotencia y abandono
- Negación, minimización o justificación del abuso
- Relaciones conflictivas
- Recurrencia de trastornos físicos, gastrointestinales y ginecológicos, cefaleas, hipertensión, etc.
- Problemas para la expresión del enojo.
- Problemas con la expresión de la sexualidad.
- Limitada tolerancia a la felicidad.

Res.

- Los efectos de la violencia intrafamiliar pueden prolongarse más allá del maltrato inicial y ocasionar discapacidades permanentes.
- Las víctimas de violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y del comportamiento de muy diversa índole, como depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales.
- Pese a lo anterior el apoyo adecuado y una terapia comprensiva, sensible y técnicamente adecuada, implica pasar de ser víctimas a ser sobrevivientes, lo que literalmente produce un nuevo renacer.

III. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN LA VIF Y EL ASE



Analizar los aspectos éticos y legales que rigen la atención a las personas afectadas por VIF y ASE.

A. LEGISLACION VIGENTE EN COSTA RICA

“... La existencia de una normativa jurídica dirigida a la protección de las personas afectadas por la violencia es un elemento indispensable para una sociedad que se compromete con la defensa de los derechos de quienes se encuentran más expuestas (os) a sufrir agresiones”. (Ley 7586: Ley contra la violencia doméstica, 1996).

El proceso histórico de elaboración y proclamación de los derechos humanos, han hecho posible que las concepciones relativas al trato que necesitan y merecen las personas, hayan evolucionado. La concepción actual de los derechos humanos recoge la filosofía y la aspiración de asegurar los principios básicos de libertad, dignidad y bienestar en las relaciones de convivencia de las personas.

Durante este proceso, se han realizado muchos avances a nivel nacional e internacional, que contemplan la preocupación del Estado Costarricense por el derecho de vivir una vida libre de violencia. En Costa Rica desde la Constitución Política en su título 4 el Estado vela por este derecho (Constitución Política 1949.)

A partir de la Constitución Política y de los tratados y directrices internacionales se han formulado una serie de disposiciones legales que buscan proteger este derecho en poblaciones específicas como: La de niños (as), adolescentes, mujeres, personas adultas mayores y personas con discapacidad, considerados como los grupos más vulnerables de sufrir algún tipo de VIF y ASE.

1. Legislación el derecho de vivir una vida libre de violencia:

1984

Ley No. 6968: Ratifica la **Convención de las Naciones Unidas** sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer. Esta Convención obliga a los países que la acogen, a velar para que se cumplan sus mandatos.

1990

Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer o Ley de Igualdad Real: Establece la responsabilidad del Estado en materia de violencia doméstica

1995

Ley N° 7499: Ratifica la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la Mujer (**conocida como la “Convención de Belem do Pará”**).

Exige el respeto irrestricto de todos sus derechos, como condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de la vida.

1995

Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia

1999

Ley No. 7586: Ley contra la Violencia Doméstica.
Contiene disposiciones de fondo y de procedimiento para la orden judicial de cumplimiento de medidas de protección a favor de las víctimas de violencia doméstica; además, contempla un procedimiento cautelar con intervención judicial de corte preventivo, informal, prioritario, ágil y expedito.

2. Legislación sobre la familia

1995

Ley sobre Regulación de la Unión de Hecho dada en las reformas al Código de Familia de 1994 y 1995.

1996

Ley 7600: Ley de Igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad.
Ley de Pensión para Discapacitados con Dependiente.
Ley de Pensiones Alimentarias.

3. Legislación en materia de niñez y adolescencia

La Convención Internacional sobre los derechos del niño, la niña y la población adolescente, estipula que toda persona menor de 18 años son sujetos de derecho, que deben ser respetados por el Estado, sus dependencias y por la sociedad en su conjunto.

A partir de este importante instrumento se enmarcan los avances de la legislación nacional en esta materia.

1949

La Constitución Política, vela por la protección de la población menor de edad.

**1964-
1996**

Ley N° 3286 de 1964 y modificada según Ley N° 7648 de 1996, mediante artículo No. 51 y 55 crea el Patronato Nacional de la Infancia

1990

Ley N° 7184: Ratifica la Convención de los derechos del Niño.

1998

Ley N° 7739: **Código de la Niñez y la Adolescencia**. Legisla sobre el derecho de esta población a la protección estatal (artículo 13), crea la obligación de integrar los Comités del Niño Agredido en los Centros de Atención de Salud, públicos y privados (artículo 48) y la obligatoriedad de denunciar el maltrato y abuso de esta población (artículo 49).

4. Legislación para la protección de las personas adultas mayores

1996

Ley N° 7586, Ley de la Violencia Doméstica: establece la prevención y medidas de protección contra la violencia física, psicológica, patrimonial o sexual contra las personas adultas mayores (artículo 57).

1999

Ley N° 7935, **Ley Integral para la persona adulta mayor**: Garantiza los derechos de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan la igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos.

Es importante recalcar que esta ley en su título V de Procedimientos y Sanciones y específicamente en los Capítulos II, III y IV, establece sanciones penales, administrativas y civiles respectivamente, para quienes cometan cualquier tipo de violencia en contra de una persona adulta mayor, considerando en el caso de las sanciones penales, prisión hasta por dos años.

B. CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años en relación al control epidemiológico de la VIF y el ASE, es importante reconocer que en Costa Rica, aún existe subregistro sobre el número de personas afectadas por estos problemas.

Por diferentes razones y a pesar de las campañas de divulgación, muchas de las personas afectadas no acuden a buscar ayuda en los lugares donde se debe llevar el control y registro de casos y /o situaciones.

Además algunas de estos centros de atención carecen de la capacidad y sensibilidad requeridas para reconocer, valorar y comprometerse ante la VIF y el ASE, lo cuál incide de manera importante en el subregistro.

La eficiente captación y el adecuado registro de los casos permiten conocer las dimensiones del problema, para que los funcionarios de salud de los diferentes niveles de atención puedan definir planes de intervención integral, que garanticen la toma de decisiones oportunas.

El registro de la historia de la persona atendida es de gran relevancia, sin embargo, se debe realizar de manera tal que se asegure la confidencialidad y la protección de las víctimas y de los profesionales involucrados. Según la forma en que se realice, puede revictimizar a las personas agredidas.

1. Registro de las situaciones de violencia

- El registro debe hacerse según el modelo estipulado en las normas de atención en salud a las personas afectadas por la VIF (MS, CCSS, 2002). Ver anexo No.3
- Este registro es de fundamental importancia para esclarecer una situación de violencia, en los procedimientos administrativos y judiciales, ya que muchas veces es la única evidencia con la que se cuenta, toda vez que la mayoría de las situaciones ocurren en la intimidad del hogar, y no se dispone de otras pruebas que avalen el testimonio de la víctima.
- Debe realizarse en un lenguaje claro, con la terminología técnica precisa, evitando vocablos discriminatorios, sexistas o revictimizantes.
- Debe recoger los elementos básicos que ayuden en la comprensión de la situación real, el abordaje y resolución justa y oportuna de los casos. De esta forma, se apoya a las otras instancias que participan en la atención integral de estos eventos.

El registro y denuncia han sido aspectos especialmente conflictivos, por el desconocimiento de las regulaciones existentes que protegen tanto a la víctima como a la persona que denuncia y registra las situaciones de VIF y ASE.

El Código de la Niñez y de la Adolescencia señala:

Artículo 117

“Cualquier funcionario público o persona privada podrá denunciar, judicialmente, la violación de los derechos consagrados en este Código”.

Artículo 49

Obligatoriedad de denuncia por el personal de salud: “Los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán las autoridades y el personal de los centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas”.

Artículo 134

“Comprobada en sede administrativa la existencia de indicio de maltrato o abuso en perjuicio de una persona menor de edad, la denuncia penal deberá plantearse en forma inmediata. La persona o institución que actúe en protección de los menores de edad, no podrá ser demandada, aún en el caso de que el denunciado no resulte condenado en esta sede. Si la persona denunciada tuviere alguna relación directa de cuidado o representación con el menor ofendido, se planteará, a la vez, la acción pertinente ante la autoridad judicial de familia”.

En los casos de abuso sexual a menores

- La denuncia al Ministerio Público es incuestionable.
- Es necesario aclararle a la madre y a los funcionarios que si no denuncian, se les puede acusar de complicidad o de mala praxis.
- En esta situación es necesario que se de apoyo y protección (Art. 49 Ley de la Niñez y la Adolescencia).

En un esfuerzo conjunto por proporcionar insumos básicos para el abordaje de la VIF y el ASE, así como una forma de oficializar y homologar el registro de las situaciones atendidas por el personal de salud, la C.C.S.S y el Ministerio de Salud elaboraron en el período 2000-2002 las **Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar, las Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar y el Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar**. En este último documento se señala el procedimiento para el correcto registro y el reporte obligatorio de los casos atendidos por VIF o ASE en cualquiera de las poblaciones afectadas (Ver anexo No. 4 Protocolo de VIF y ASE, páginas 37-38).

Res.

Como ya señaláramos, a nivel nacional existen diversas leyes que protegen a las personas víctimas de la violencia como el Código Penal, el Código de Familia, la Ley de Violencia Doméstica, el Código de la Niñez y la Adolescencia entre otros, además de normativas específicas emitidas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social como las Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar, las Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar y el Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar.

C. LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN LA ATENCION

Todos los y las funcionarias que trabajan en el sector público o privado en la atención de las personas, tienen la obligación ética, moral y legal de mantener el secreto profesional. Sin embargo, cuando se trabaja con personas que viven situaciones de VIF y ASE, la denuncia es obligatoria cuando se trata de personas menores de edad y de grupos vulnerables como adultos mayores y personas con discapacidad física y mental. Se deben tomar en el proceso, las precauciones necesarias que aseguren la protección a las personas que participan en el proceso (víctimas, informantes y personal a cargo).

El secreto profesional

Es el proceso mediante el cual los y las funcionarias garantizan y aseguran la confidencialidad de la información, siempre y cuando no este en peligro la integridad física y, psicológica de los grupos vulnerables.

Es importante que se analice con cuidado cada una de las situaciones y cada caso en particular, asegurando un abordaje integral en equipo interdisciplinario dentro de las instituciones y/o intersectorial, apoyándose en las redes de atención de la VIF y el ASE.

Lo importante es no hacer una denuncia improvisada, se debe seguir los procedimientos normados para tal efecto.

Un aspecto fundamental en la comunicación con la víctima y el registro de la información es la confidencialidad.

Confidencialidad

Una situación de maltrato o abuso debe ser registrada con un alto grado de confidencialidad para evitar un uso inadecuado de la información, que ponga en riesgo o revictimice a la persona afectada.

SEGUNDA

UNIDAD

Aspectos subjetivos que influyen en la atención a las personas afectadas por VIF

Objetivo de la Segunda Unidad

Disminuir las barreras personales y socio – laborales que interfieren con una adecuada detección y atención de las personas afectadas por VIF y ASE

I. ASPECTOS SUBJETIVOS QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIF O ASE

0

- Identificar y valorar los mitos y estereotipos personales alrededor de VIF y ASE.
- Apropiarse de elementos críticos que posibiliten el análisis integral de las situaciones de VIF y ASE.
- Adquirir actitudes positivas para la atención eficiente de las personas afectadas por VIF y ASE

A. ACTITUDES QUE INTERFIEREN CON LA ATENCIÓN

La violencia es el resultado de un proceso histórico-social, legitimado y reproducido por diferentes instituciones sociales (familia, escuela, iglesia y gobierno, entre otras), encargadas de perpetuar las relaciones sociales subordinantes. Este contexto social explica, por una parte, la magnitud del problema y, por la otra, las dificultades que existen en el ámbito colectivo e individual para dar una respuesta efectiva. Es importante señalar que dentro de este contexto hegemónico, se perfilan proyectos alternativos tendientes a dar una respuesta integral a éste problema.

La comprensión de la complejidad de la VIF y el ASE y de su estructuración histórico-social, facilita a las y los profesionales, entender también la construcción de su propio sistema de creencias (conocimientos, valores, mitos, estereotipos, usos y costumbres), formas de conducta, actitudes, emociones, sentimientos y prácticas profesionales. Esto es importante porque todos estos elementos interfieren en forma innegable en la atención que se brinda a las personas afectadas por violencia y el reconocimiento de estos aspectos en nosotros mismos y en nuestro entorno inmediato, permite redireccionar la forma en que enfrentamos las situaciones de VIF y ASE.

Es importante que el personal de salud, que tiene responsabilidades en la atención de personas y grupos afectados por la violencia, revisen primeramente sus propios prejuicios, mitos, negaciones, y actitudes, ya que a menudo no solo se niega que la violencia existe, sino también las severas consecuencias que tiene para las personas afectadas.

Esta revisión y toma de conciencia permite establecer una relación más equitativa con los demás y, sobre todo, con las personas afectadas por este grave problema.

La identificación de los propios estigmas y mitos, permite el acercamiento con la realidad de una manera distinta y contribuye a salvaguardar el derecho de toda persona a vivir con dignidad, en un ambiente libre de discriminación y agresión de cualquier tipo.

1. Elementos distorsionantes

Algunos elementos que pueden distorsionar la respuesta que el personal de salud pueda brindar a las personas afectadas, son los siguientes:

a. Fatalismo

Considera la violencia como algo inevitable, como una reacción natural e imposible de ser modificada.

Ej.

“Esta persona no cambiará, así es su temperamento”

b. Creencia de que la violencia es banal

Sugiere que la persona afectada por VIF o ASE tiene que aprender a vivir con la violencia, como si el hecho fuese trivial o como si no sucediera nada importante.

Ej.

“Eso no es nada, si tiene paciencia eso pasa en poco de tiempo”.

c. Reduccionismo delictivo

Considera a la violencia como una respuesta de una persona mala, casi criminal. Los hechos se reducen a un acto delictivo.

Ej.

Ese tipo es un delincuente.

B. CREENCIAS RESPECTO DEL ENTORNO DE LA VIOLENCIA

1. Creencia de que la familia y la pareja son espacios privados; por lo tanto, son impenetrables, intocables e intratables

Ej.

“Yo no sé por qué (refiriéndose a la razón por la cual está preso), **he sido un hombre de bien no he hecho nada malo a nadie, no he robado ni matado”**. Al insistírsele en el hecho de la violación responde **“bueno, son mis hijas y nadie tiene porque meterse en lo que yo hago con ellas”**.

Tribunales de Justicia, Camacho C., E. M, tomado de C. Claramunt.

2. Algunas creencias religiosas legitiman la agresión

La mayoría de las mujeres tienen creencias religiosas y los agresores también. Para algunas el creer en un ser superior, les ayuda a soportar su sufrimiento. Algunas veces, la asistencia a los servicios religiosos es la única forma segura de contacto con el exterior.

Ej.

No se preocupe, Dios le dará fuerza y paciencia.

3. Las agrupaciones religiosas constituyen el único espacio de contacto con “lo público” para muchas mujeres agredidas y sus hijos(as)

Algunas veces, la asistencia a los servicios religiosos es la única forma segura de contacto con el exterior, aceptada por algunos agresores como un “medio neutral”.

Ej.

Yo permito a mi mujer y a mis hijos(as), asistir a los servicios religiosos.

4. La asistencia de su pareja y sus hijos (as) a una congregación religiosa, constituye una causa de agresión para algunos ofensores

Algunas mujeres agredidas y sus hijos(as), abandonan sus prácticas religiosas para evitar un punto de conflicto con su agresor o buscan ayuda en líderes religiosos y espirituales sin tener éxito, por lo que abandonan incluso su fe.

Ej.

Dejé de ir a la iglesia, porque mi marido se pone furioso.

C. CREENCIAS SOBRE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, POR PARTE DEL PERSONAL QUE LAS ATIENDE (PERSONAL MÉDICO Y DE POLICÍA)

1. Las mujeres afectadas por la VIF son masoquistas o están locas

Este supuesto deposita la responsabilidad de la agresión en la víctima; sin considerar si estas mismas características son el resultado de la VIF.

Ej.

Muchas de las mujeres diagnosticadas y hospitalizadas por esquizofrenia, depresión severa, masoquismo, medicadas con antipsicóticos y otros, cuando reciben atención considerando su entorno familiar y su relación de pareja, no se estigmatizan y con el tratamiento adecuado como persona afectada por VIF, su condición de salud mejora.

2. Las mujeres afectadas por VIF, con su manera de ser provocan al ofensor

Esto supone que la víctima por su comportamiento, motiva o justifica la agresión.

Ej.

Es que ella no le hace caso.
A el no le gusta como se viste, pero ella insiste.

3. La mujer agredida tiene la posibilidad de abandonar el hogar

En una sociedad en la que las mujeres son culturalmente adoctrinadas para creer que el amor y el matrimonio “para toda la vida” son su verdadera realización, no es cierto que ellas sean libres para abandonar el hogar, aunque la violencia se haga insoportable. Su incapacidad psicológica les impide hacerlo.

En la realidad

Una mujer agredida generalmente necesita apoyo para salir de su situación de violencia.

Muchas veces no tienen un lugar adonde ir, ni medios de supervivencia.

D. CREENCIAS SOBRE LAS PERSONAS AGRESORAS

1. Las personas agresoras son violentas en todas sus relaciones

Muchas personas violentas con historial policiaco ocupan los servicios psico-sociales, donde se cree en la falacia de que estas son violentas en todas sus relaciones.

En la realidad

La mayoría de las personas agresoras de sus familiares, no lo son en otros escenarios de sus vidas.

Pueden ser excelentes vecinos, compañeros, ministros religiosos, ante quienes son “aparentes ejemplos” de conducta por seguir.

2. Las personas agresoras son poco cultivadas o poco exitosas

En la realidad

La agresión puede presentarse en todos los ámbitos sociales: entre profesionales, propietarios, obreros, desempleados; también entre aquellas personas que se sienten amenazadas por el éxito de sus parejas. Se creen con derecho de ejercer su poder.

3. El consumo de alcohol y otras drogas son las que generan la violencia

Es más fácil para la víctima poner toda la culpa de la agresión en la embriaguez o en la adicción de la persona agresora.

En la realidad

Muchas de las víctimas creen que si tan solo pudieran lograr que sus agresores dejaran de tomar o drogarse, las agresiones se detendrían. Desdichadamente esto no sucede, no se puede obviar que hay agresión sin alcohol u otras drogas.

Res.

Los aspectos subjetivos (sistema de creencias: conocimientos, mitos, estereotipos) y los propios sentimientos, actitudes y emociones de los profesionales que atienden a personas en violencia), intervienen en forma definitiva en la forma de atención.

Es indispensable, efectuar una revisión de este sistema de sentimientos y de nuestros propios sentimientos y actitudes, para que las intervenciones ante situaciones de violencia sean efectivas.

II. FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LA RELACION ENTRE EL MÉDICO (A) Y LA PERSONA AFECTADA POR VIOLENCIA Y SU FAMILIA



Funcionalizar una comunicación efectiva, pertinente y cálida, mediante la identificación y validación de los sentimientos, las necesidades de las personas afectadas por VIF y ASE y otros aspectos que promuevan el acercamiento con ellas.

La consulta médica general, constituye un espacio en el que se puede detectar y atender a las personas en situaciones de violencia. Para ello, el médico(a) tiene que estar alerta para identificar los síntomas físicos o psicológicos que pueden ser indicadores de este problema.

Es de importancia esencial ganarse la confianza de las personas afectadas, mediante el establecimiento de una relación empática. Por otra parte, la intercomunicación de los profesionales de la salud con las personas afectadas por situaciones de violencia intrafamiliar, debe ser efectiva, pertinente y cálida.

La policonsulta y los signos y síntomas inespecíficos, pueden ser una llamada de alerta que lleve a los profesionales que atienden a estas personas a sospechar e indagar sobre la presencia de VIF o ASE como motivo oculto de la consulta.

A. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN QUE FAVORECEN O INTERFIEREN EN LA ATENCIÓN

1. Aspectos Básicos de la comunicación en caso de VIF o ASE

- Es valioso establecer una relación de respeto y de confianza.
- La revisión de nuestro sistema de creencias y actitudes propias disminuye las barreras comunicacionales en la relación médico paciente.
- El personal que atiende personas en situaciones de VIF, debe estar consciente y dispuesto(a) a ser testigo de mucho dolor.
- Hay que considerar en todo momento, que la persona afectada es la fuente más exacta de lo que esta viviendo y sintiendo.
- Los sentimientos y las necesidades de las personas afectadas por situaciones de violencia pueden ser incongruentes, antagónicos e incluso erráticos, ya que manifiestan estados ambivalentes.

2. Procedimientos adecuados para la atención a personas afectadas por violencia (CEFEMINA,1991)

a. Validación

Implica que la persona afectada sienta que quien la atiende no la juzga, ni la ignora, ni minimiza sus sentimientos.

Ej.

“Usted puede expresar libremente sus sentimientos, usted tiene derecho a sentirse muy enojada.

b. Desculpabilización

El o la profesional que atiende a la persona violentada, debe dejarle muy claro que la responsabilidad de la agresión recae en el agresor (a), no en el (ella). En ningún caso la violencia se justifica. Es común que los (las) agresores (as) hagan sentirse culpables a su víctimas”, quienes terminan asumiéndola.

Ej.

Ud. no debe sentirse culpable por lo que le está ocurriendo o por las reacciones de su pareja.

c. Información

En muchos casos, la persona afectada está social y emocionalmente aislada de su entorno. Sus creencias giran alrededor de los mandatos de la persona agresora, porque no se tiene la información adecuada.

Ej.

La esposa cree que no puede acusar o declarar en contra del esposo.

La toma de conciencia de las características de su entorno, le facilitan modificar favorablemente algunas de sus creencias, temores y expectativas. Es por esto que cobra tal relevancia el hacer efectivo su derecho a la información. Cuando se le entrega el espacio necesario para la reflexión, las personas víctimas de la violencia pueden reelaborar su proceso y tomar decisiones en forma consciente.

Ej.

La utilización de espacios grupales permite a las personas agredidas conocer a otras en situaciones similares a la suya, ponerse al tanto de sus derechos, alternativas de apoyo y tratamiento. Además, el espacio de consulta individual, debe utilizarse para dar información a las personas violentadas.

d. Respeto

A las decisiones que tomen las víctimas y al tiempo que requiera para tomarlas.

Se debe respetar el propio proceso de cada persona, sin presionarla a tomar una decisión para la cual no se encuentra preparada.

Ej.

Sé que la violencia no tiene justificación, pero yo aún no estoy preparada para dejarlo.

e. Escucha activa

Es importante para el personal de salud y para la persona afectada escuchar activamente lo que el otro necesita expresar. De esta manera, se apropia de que puede expresarse sin ser rechazada; de que se está respondiendo a sus preguntas. Esta situación comunicacional, le ayudará a esta persona a ver más claro su situación y al personal de salud le permitirá configurar con mayor exactitud la dimensión real de la situación y de sus consecuencias.

Ej.

“Siento mucho temor, desconfianza y enojo”. El profesional escucha atentamente lo que le dice y, cuando la persona realice una pausa en su relato, es necesario hacer un comentario como el siguiente: “Ud. tiene derecho a estar enojada, a sentir temor y desconfianza”.

f. Apoyo o respaldo

La persona afectada por una situación de VIF, da el primer paso para un cambio al pedir ayuda. Es importante que la persona entienda que en el proceso de cambio no podemos caminar con ella, pero sí apoyar su proceso con acciones individuales o en equipo, al informarla o ponerla en contacto con personas, organismos o programas específicos de ayuda. Todos estos recursos le permitirán apoyarse para continuar por sí misma su propio camino.

Ej.

“Ud. ha dado un paso muy importante al solicitar ayuda. Vamos a analizar juntos las posibles alternativas de solución, para que Ud. sopesa los pro y los contra y tome la decisión que considere correcta”.

g. Estímulo

Es importante dar estímulo a la persona violentada, para que continúe su proceso tendiente a superar estas situaciones por medio de sus cualidades y fortalezas.

Ej.

“Es necesario que Ud. continúe en esta consulta para que conversemos más acerca de su situación. Ud. tiene muchas cualidades y fortalezas, que le van a permitir seguir adelante”.

h. Confidencialidad

La persona debe entender que lo que exprese va a ser guardado como secreto profesional, el cual solo se rompe si está en peligro su vida. Esto le brinda la seguridad que ha estado ausente durante todo el proceso dentro de una situación de violencia.

Ej.

Víctima: “Tengo miedo de que mi marido se entere del paso que he dado”. El profesional responde: “No se preocupe, lo que nosotros hablemos no va a salir de esta consulta.”

3. Elementos que lesionan la comunicación médico(a)-paciente en situaciones de VIF

a. Comentarios

Comentarios que puedan revictimizar, ridiculizar o culpabilizar a la persona afectada:

Ej.

“¡Usted tiene lo que se buscó, para qué lo provoca!”
“Es el colmo que usted siga provocando de esa manera a su marido”.
“El que se mete a jugar...”
“Yo se lo advertí”.

b. Preguntas

Las preguntas que inician con “¿por qué?”, son amenazantes y no dejan espacio para opciones.

Ej.

“¿Por qué se queda?” “¿Por qué le aguanta tanto?”
“¿Por qué no lo deja?”

c. Juicios, críticas y órdenes

No son convenientes, porque generan angustia en la víctima.

Ej.

“Usted tiene que dejar a este tipo porque no le conviene”.

d. Desvalorizar a la persona

En muchas ocasiones el personal que atiende casos de VIF o ASE, tiende a restar importancia al hecho y menosprecia la situación.

Ej.

“Usted es tonta, porqué le aguanta tanto”.
“¡Pero eso no es nada, si usted supiera lo que sufren otros (as)...!. “No sea tontito,(a) eso no es nada”

e. Dar consejos

Con esto se anula aún más a la persona afectada, lo que minimiza la capacidad de decisión y disminuye sus propios recursos intrínsecos y, por otro lado, la aleja más de la posibilidad de desarrollar su propio potencial.

Ej.

“Lo que usted debería hacer es... “
“Lo que usted debería hacer es demandarlo”
“Vaya a”

B. ACTITUDES QUE FAVORECEN UNA ADECUADA ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS DE VIF O ASE.

a. Interrogaciones que revelan interés en ayudar y en buscar soluciones

Las preguntas que revelan interés y que son formuladas en forma neutral o no relevante, facilitan la situación comunicacional.

Ej.

Es efectivo preguntar algo como: “Ningún acto de violencia se justifica” “¿Qué fue lo que él le hizo?” , ¿Cuáles son sus motivos para quedarse?”

b. Legitimación de sentimientos y emociones

Es importante que la persona que atiende el caso exprese el derecho que se tiene de tener de sentir y expresar los sentimientos y emociones.

Ej.

“Es lógico que Ud. sienta tanto enojo y que se sienta triste”. “Los sentimientos encontrados, como decir a veces lo quiero y otros veces lo odio, son producto de la misma situación”.

Res

Es posible revisar nuestros propios errores de comunicación y cuidarnos de ellos, para optimizar la atención que podamos brindar a personas afectadas por violencia.

Hay que tener en cuenta que es necesario establecer una relación médico-paciente, basada en el respeto y la confianza.

Se debe vencer las barreras comunicacionales, revisar el propio sistema de creencias, actitudes y emociones ante la VIF.

Es necesario comprender que las personas violentadas, pueden manifestar sentimientos y actitudes ambivalentes.

Es de suma importancia erradicar la lástima y mostrar comprensión y solidaridad

La confidencialidad, el estímulo, el apoyo, la escucha activa, el respeto, la información, la desculpabilización y la validación, son procedimientos que deben estar presentes durante la consulta grupal o individual.

El interrogatorio al paciente debe hacerse en forma neutral, sin juzgar, ni hacer que la persona se sienta amenazada.

III. AUTO-CUIDADO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PERSONAS AFECTADAS POR VIF O ASE



Promover el autocuidado en el equipo de salud para prevenir los efectos adversos o daños en la propia salud física y emocional.

A. ESTRÉS PROLONGADO Y EL SÍNDROME DE “BURN-OUT”

Es conocido que la atención de la salud genera tensiones que no siempre se saben canalizar. En particular, la atención de la VIF produce sentimientos que fluctúan desde la negación hasta el sobre involucramiento, sin embargo, la mayor parte de las veces, no se tiene conciencia del peso que esto significa. Puede haber sobrecargas tanto a nivel físico, como emocional, que es necesario aprender a canalizar mediante estrategias de autocuidado.

Estas estrategias deben estar dirigidas a prevenir y combatir, en el personal de salud, los efectos adversos en la salud física y emocional, frente a la exposición sistemática a situaciones de violencia intrafamiliar. (Jessica MacDonald, 2002)

Se reconoce que la atención de personas que experimentan gran dolor humano, puede producir diferentes grados de desgaste, que posteriormente repercute en la salud mental y/o física.

Síndrome de “burnout” (Concepto)

Es el estrés prolongado producido por una tarea específica que puede conducir a estados de agotamiento.

En su estado de mayor acumulación o gravedad se manifiesta como una reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana.

Es importante aprender a identificar los disparadores de este síndrome y las principales manifestaciones. En las siguientes tablas se presenta un resumen de los aspectos más importantes de este síndrome:

Tabla No. 1
Características de algunos disparadores
del Síndrome de Burnout

DISPARADORES	CARACTERÍSTICAS
Responsabilidades excesivas de trabajo y atención de situaciones de VIF, ASE y otras que generan demasiada tensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Excesiva cantidad de consultas, que deterioran la calidad de las mismas y que contradicen la eficacia de atención. <p>Consulta de casos de VIF sin tener la capacitación ni los recursos para una atención adecuada.</p>
Organización deficiente del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para hacer efectivas las referencias y contrarreferencias. <p>Falta de redes institucionales e interinstitucionales.</p>
Participación deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional que trabaja solo, por dificultades para integrarse al trabajo en equipo, o por falta de apoyo. • Participación desigual de los profesionales en el proceso de atención. <p>Resistencia a asumir un compromiso real en la atención de la VIF.</p>
Burocratización excesiva y poco tiempo disponible para la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso margen de tiempo para la atención, lo que dificulta un buen sondeo para la captación de situaciones de VIF. <p>Burocratización excesiva para todo tipo de trámite.</p>
Falta de motivación	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia para la atención de VIF y ASE, debido a la ideología patriarcal y/o procesos personales de este tipo sin resolver. <p>Profesional que renuncia y abandona el trabajo con la VIF y ASE.</p>
Carencia de espacios de reflexión y autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga afectiva y física que conduce a trastornos y/o enfermedades crónicas.

Fuente: Camacho C. , Eyda M. y Flores Astorga, Rita.

Tabla No.2
Signos y Síntomas del Síndrome de Burnout

Manifestaciones	Signos y síntomas
Físico	Fatiga, cefalea, tensión muscular, contracturas, náuseas, dolores de pecho, dolores de espalda, taquicardia, resfríos frecuentes, temblores, gastritis y úlceras.
Mental	Dificultades para concentrarse, confusión, olvido, pérdida del sentido del humor, cinismo, trastornos del sueño (pesadillas e insomnio) y dificultades para tomar decisiones.
Emocional	Ansiedad, tristeza, aislamiento, apatía, depresión, enojo, frustración, miedo, inseguridad, preocupación, irritabilidad, negativismo y pérdida del disfrute.
Conductual	Incremento del uso de drogas (alcohol, cigarrillos), trastornos sexuales, trastornos alimenticios, bruxismo, llanto, gritos, tirar cosas y violencia.

Fuente: Jessica McDonald, 2002. Elaborado con la información aportada por (MSPAS,1999, Wilson,1997,citado por C. Claramunt, 1999, Reinhold,1997, thurman,1997.

Es importante reconocer

- Cuánto afecta la atención de situaciones de VIF y ASE
- Cuántos sentimientos afloran
- Cuántas experiencias personales que se intenta negar u olvidar se hacen presentes.

Reconocer estos aspectos, constituye el primer paso para desarrollar una estrategia de autocuidado; al mismo tiempo que aceptar que la VIF y el ASE constituyen un problema que atañe a los profesionales, hecho ante el cuál no se puede permanecer indiferente.

Este es el primer paso hacia una atención integral, respetuosa y empática de las personas afectadas por este tipo de problemas.

Res.

Existen algunos elementos que interfieren con la atención integral a las víctimas de VIF y ASE, entre ellos tenemos:

- Los elementos distorcionantes como el fatalismo, la creencia de que la violencia es banal y el reduccionismo delictivo.
- Algunas creencias como de que la familia y la pareja son espacios privados, que algunas creencias legitiman la agresión, que la mujer afectada por VIF es masoquista o que está loca, que la mujer agredida tiene la posibilidad de abandonar el hogar, entre otras.
- Algunas creencias sobre las personas agresoras, como que los agresores son violentos en todas sus relaciones, que son poco cultivados o poco exitosos, que la ingestión de alcohol y otras drogas son las que generan violencia.

En la consulta médica general se debe establecer una relación empática entre el profesional y la persona afectada por VIF y ASE. Algunos elementos que favorecen esta comunicación son: la validación, la desculpabilización, el respeto, la escucha activa, el apoyo o respaldo, el estímulo y la confidencialidad.

Se debe evitar situaciones que lesionan esta comunicación como: comentarios que puedan revictimizar a la persona afectada, preguntas amenazantes, juicios, críticas y órdenes, comentarios que desvaloricen a la víctima o consejos directos que limiten o disminuyan la posibilidad de decisión de la víctima.

La atención de la salud y en particular de las situaciones de VIF y ASE, produce una sobrecarga en el profesional, que se manifiesta en las dimensiones mental, física, emocional y conductual.

La sobrecarga continua puede conducirnos a lo que se conoce como Síndrome de Burnout.

Entre los disparadores del síndrome están las responsabilidades excesivas de trabajo y atención, problemas de organización del trabajo, participación deficiente del personal de salud, procesos burocráticos excesivos, poco tiempo disponible para la atención, falta de motivación del personal, carencia de espacios de autorreflexión y cuidado.

TERCERA

UNIDAD

Abordaje integral de situaciones de VIF y ASE

Objetivo de la Tercera Unidad

Brindar herramientas para la atención integral oportuna y con calidad a las personas afectadas por VIF y ASE

I. DIAGNÓSTICO DE SITUACIONES DE VIF Y ASE

0

Aplicar oportunamente los indicadores para la detección de VIF y ASE.

El médico general, en el primer nivel de atención, debe aprovechar toda consulta para explorar y/o detectar posibles casos de VIF y ASE.

A. INDICADORES PARA LA DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIF Y ASE

1. Indicadores Generales

- La gravedad del daño o tipo de lesión es inconsistente con la explicación que da la persona afectada.
- Se describen de manera renuente, con vergüenza o evasivamente las circunstancias que rodearon el incidente de la lesión o del estado emocional.
- Se niega el maltrato físico, pero hay evidencia de lesiones, laceraciones, fracturas inexplicables o daños múltiples de varios niveles de severidad.
- Las áreas afectadas con más frecuencia son: cara, cabeza, pecho o senos, abdomen y genitales.
- El tiempo transcurrido desde que sucedió el hecho y la búsqueda de ayuda en los servicios de salud es prolongado.
- Algún miembro de la familia o amigo, acompaña a la persona afectada e insiste en estar cerca de ella, sin permitir que pueda narrar los posibles hechos de violencia.
- Se pueden observar viejos golpes con diversos grados de absorción, no tratados.
- Las lesiones pueden estar en áreas cubiertas por la ropa. →

2. Información sobre la dinámica familiar



- Existe en el afectado (a) un historial de abuso y violencia previo, como víctima o como testigo.
- Este (a) manifiesta no tener deseos de regresar al hogar.
- Existe historial psiquiátrico, de intento de suicidio, y/o de consumo de drogas o alcohol, en la persona afectada, en su cónyuge o compañero (a).

- Antecedentes del uso de la violencia para resolver conflictos.
- Evidencia de dificultades para proteger a la persona afectada.
- Creencias estereotipadas sobre cuestiones de género, de respeto y obediencia, de las formas adecuadas de castigo y de disciplina
- Relaciones caracterizadas por el autoritarismo, el uso del poder y la rigidez jerárquica.
- Adhesión a estereotipos de género en el grupo familiar.
- Familias aisladas con poca autonomía de sus miembros y con falta de supervisión.

B. INDICADORES DE VIF Y ASE EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES

1. Violencia física

- Golpes o heridas, quemaduras, laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.
- Fracturas sin explicación coherente
- Moretones
- Daños en distintas partes del cuerpo
- Vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones)
- Disminución en el rendimiento académico.
- Ausentismo escolar
- Agresividad
- Hiperactividad
- Pasividad excesiva, retraimiento, sumisión
- Cambios repentinos de conducta
- Tendencias autodestructivas o suicidas
(MS, CCSS. 2000)

2. Violencia sexual

- Trastornos del sueño
- Trastornos alimentarios
- Retraimiento
- Agresividad
- Problemas en el desempeño académico
- Llanto excesivo o sin razón aparente
- Comportamiento o ideas autodestructivos
- Fugas del hogar
- Miedo a ser dejada (o) con un adulto en particular
- Conocimientos o conductas sexuales no acordes a la edad
- Abuso de drogas y/o alcohol
- Actividades incendiarias (principalmente en varones)
- Infecciones o problemas recurrentes en el área genital (vagina, ano)
- Embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual.

3. Violencia por negligencia

- Patrón de crecimiento deficiente
- Desnutrición
- Falta de cumplimiento en los esquemas de atención médica (vacunación, talla, peso)
- Reingresos hospitalarios por la misma causa
- Carencia de vestimenta adecuada o necesaria
- Constante falta de atención y supervisión (caídas repetidas, ingestión frecuente de sustancias tóxicas, niñas o niños cuidando solos a otros niños o niñas, deambulación)
- Abandono
- Falta de estimulación para el desarrollo
- Constante fatiga, sueño o hambre
- Higiene personal deficiente
- Parasitosis
- Conflictos con la ley
- Retraimiento, depresión, apatía
- Madurez no acorde con la edad
- Extremada complacencia

4. Aspectos que aumentan el riesgo en el niño

- Cuando las personas menores conviven con el ofensor
- Cuando hay otras víctimas debilitadas y violentadas por el mismo agresor, de manera que han disminuido sus capacidades para tomar medidas de protección, especialmente cuando esto ocurre con la madre
- Cuando existe en el niño (a), alguna condición que aumenta su vulnerabilidad, algún tipo de discapacidad mental o física.
- Cuando existe riesgo de muerte.

C. INDICADORES MÁS FRECUENTES DE VIF Y ASE EN MUJERES

1. Violencia física

- Hematomas en diferentes áreas del cuerpo
- Quemaduras
- Laceraciones
- Heridas
- Fracturas
- Problemas crónicos de salud
- Múltiples hospitalizaciones
- Embarazos no deseados
- Intentos o ideas suicidas
- Tímpanos perforados
- Enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA)
- Muerte
- Las mujeres embarazadas presentan con frecuencia lesiones en el pecho y abdomen.

2. Violencia y secuelas del ASE

- Desórdenes de la alimentación (anorexia, bulimia) y el sueño (insomnio, pesadillas)
- Pobre imagen corporal
- Adicciones
- Auto mutilaciones / auto destructividad
- Miedos/ temores / fobias
- Desórdenes afectivos
- Problemas relacionados con el establecimiento de la confianza
- Culpa / vergüenza
- Revictimizaciones
- Amnesia psicogénica / disociación
- Pensamientos de impotencia y abandono
- Estigmatización
- Negación
- Minimización o justificación del abuso
- Patrón de relaciones conflictivas
- Problemas en el área de la sexualidad (anorgasmia, vaginismo y otros)
- Trastornos físicos (gastrointestinales, ginecológicos)
- Recurrentes embarazos no deseados
- Problemas para la expresión del enojo
- Limitada tolerancia a la felicidad

3. Violencia emocional

- Dolencias crónicas (dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, dolores de espalda)
- Trastornos del sueño
- Trastornos de la alimentación
- Angustia, ansiedad, temores
- Depresión
- Recuerdos dolorosos revividos con gran intensidad (flashbacks)
- Impotencia
- Pasividad, introversión
- Irritabilidad
- Aislamiento (pocos contactos sociales)
- Justificación de agresión que se vive
- Dificultad para la toma de decisiones
- Búsqueda de soluciones mágicas
- Sentimientos de impotencia
- Baja autoestima

4. Violencia patrimonial

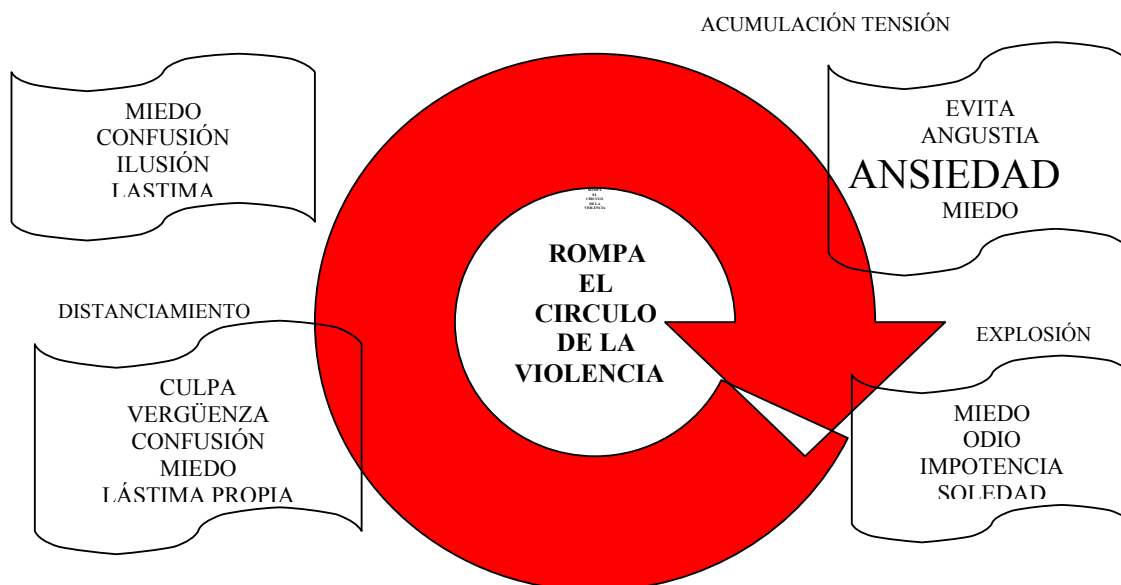
- Destrucción de objetos personales (fotos, cartas, documentos, ropa, etc.)
- Destrucción de instrumentos de trabajo
- Sustracción de objetos personales
- Despojo de bienes, de propiedades, enseres y otros
- Impedimento del disfrute de bienes y de posesiones personales utilizando la coerción, la amenaza, la fuerza u otros medios.

5. Valoración del riesgo de muerte para la mujer

- Frecuencia del uso de la violencia de parte de la pareja esta aumentando.
 - Gravedad de la violencia es mayor.
 - Intoxicación de la pareja con alcohol y uso de drogas, frecuentemente.
 - Amenaza con lastimar a los hijos e hijas.
 - La persona agresora amenaza con matar a la pareja o a otra persona.
 - Uso de la fuerza o amenazas para tener relaciones sexuales.
 - Amenaza de suicidio.
 - Hay armas en la casa, o son accesibles.
 - Antecedentes psiquiátricos.
 - Alto nivel de proximidad (si trabajan o viven juntos o muy cerca).
 - Historia criminal previa.
- (Guía de letalidad de Leonor Walker)**

En estos casos se requiere la toma inmediata de medidas de protección para la(s) personas afectadas, tanto en el ámbito legal como personal, lo que en muchos casos implicará la búsqueda de recursos de reubicación temporal mientras se ejecutan las medidas legales correspondientes.

6. Círculo de la Violencia



7. Plan de emergencia

En conjunto con la persona víctima de VIF, debe diseñarse un plan detallado de emergencia, que tome en cuenta las circunstancias de la persona amenazada. Debe ser fácil de ejecutar de inmediato por si se aumenta el grado de violencia o el nivel de riesgo de los hijos (as). Se debe convencer a la víctima, a reportar los sucesos. Este plan diseñado en conjunto, debe ser ensayado.

Elementos del plan de emergencia

- Plano de la vivienda, que identifique los lugares mas peligrosos y las vías de escape
- Maletín con algunas cosas muy básicas, dinero, llaves, documentos mas importantes de ella y de los niños, ropa básica y los objetos queridos.
- Previsión de lo que hará con las mascotas.
- Conocimiento de situación, de los niños mayores. Identificación de una clave de alarma en caso de necesidad
- Conocimiento de la situación por parte de vecinos, amigos o familiares cercanos para que puedan brindar apoyo en caso de que se requiera.

D. INDICADORES DE VIF Y ASE EN ADULTOS (AS) MAYORES

1. Violencia física

- Fracturas o trauma cerrado
- Lesiones en zonas como muñecas y glúteos
- Lesiones en zonas cubiertas por ropa
- Lesiones abrasivas
- Quemaduras inexplicables
- Torceduras o dislocaciones
- Laceraciones o excoriaciones en boca, labios, encías o piel
- Marcas de mordeduras
- Moretones en los labios
- Ausencia de cabello en zonas de presión
- Evidencia de sangrados recientes o antiguo en cuero cabelludo
- Lesiones de ojos
- Dientes rotos
- Retardo en la búsqueda de atención médica de una lesión
- Indecisión o evasión de la persona mayor al describir la causa de las lesiones
- Excesiva preocupación ante las lesiones que parecen no ser tan importantes
- No coincidencia entre la explicación de las lesiones y la historia de la persona mayor y del acompañante o cuidador principal.

2. Violencia emocional

- Alteraciones del estado de ánimo.
- Depresión.
- Deterioro cognitivo
- Conductas de llanto, aislamiento y agresividad.

3. Violencia por negligencia

- Deshidratación
- Nutrición inadecuada
- Higiene personal y / o descuido de la higiene bucal
- Vestimenta descuidada
- Presencia de úlceras por presión o mal cuidado de heridas
- Descompensaciones frecuentes de algún padecimiento crónico sin explicación clara
- Intoxicación medicamentosa
- Infecciones urinarias frecuentes
- Impactación fecal
- Depresión.

4. Violencia sexual

- Lesiones de genitales
- Presencia de leucorrea
- Enfermedades pélvicas.

5. Factores que aumentan el riesgo de abuso en el hogar con dultos (as) mayores

- Personas mayores de 75 años
- Requerimiento de ayuda en lo cotidiano
- Presencia de problemas de alcoholismo o drogadicción en el hogar
- Existencia de algún nivel de incapacidad mental del cuidador
- Manejo de su propio dinero por parte de la persona mayor.

6. Preguntas para detectar la violencia en los adultos (as) mayores

- ¿Puede Ud. compartir con las personas con que convive, sus sentimientos de alegría tristeza dolor o preocupaciones?.
- ¿Puede Ud. conversar libremente con otras personas diferentes a las que convive ?
- ¿Participa Ud. de las decisiones que se toman en su hogar?.
- ¿Se respeta lo que usted cree?.
- ¿Recibe Ud. ayuda para caminar, alimentarse, bañarse o para realizar alguna otra cosa?.
- ¿En el último año alguien lo (a), ha obligado a realizar algún acto relacionado con aspectos sexuales (caricias, relaciones sexuales, mirar actos, materiales, películas u otros), que no sean de su agrado, lo molesten o incomoden?.
- ¿En los últimos meses o semanas, ha sido objeto usted, por parte de alguna persona en su hogar o algún allegado de: empujones, golpes, bofetadas, quemaduras o heridas?.
- ¿Ha sido amarrado u objeto de insultos o de órdenes injustas?.

E. INDICADORES DE VIF EN PERSONAS DISCAPACITADAS

Los indicadores de violencia según tipo, son iguales para las personas con alguna discapacidad, pero varía significativamente la vulnerabilidad y la respuesta para esta población.

El nivel de tortura aumenta si la persona no puede comunicar lo que le está pasando, si no ve a la persona que le arremete y según el tipo de dependencia que mantengan con el agresor (a).

Por otro lado, la legislación vigente, contenida entre otras: en la Ley 7600, de “Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad” y, los señalamientos específicos del Código de la Niñez y la Adolescencia, define conductas y normas que deben ser seguidas por los funcionarios de los servicios de salud y en general por todos los empleados públicos y los ciudadanos para la protección de las personas minusválidas y como proceder con los abusos cometidos en términos de la violencia intrafamiliar.

El abordaje de la problemática debe realizarse por personal capacitado especialmente para trabajar con personas discapacitadas con problemas de VIF. Es importante tener conciencia de esta circunstancia en el momento de detectar situaciones que deben ser remitidas al nivel y al personal pertinente dentro de los servicios de salud y de las redes de atención intersectoriales.

Res.

El médico general en el primer nivel de atención debe estar alerta para la detección de indicadores que evidencien VIF o ASE en los usuarios(as) de los servicios de salud, como son los signos de violencia física, sexual, por negligencia; además de la identificación de los factores que aumentan el riesgo para las víctimas.

Muchas veces síntomas físicos y emocionales pueden encubrir las secuelas de VIF v ASE.

II. PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS QUE RIGEN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIF Y ASE



Analizar los principios y fundamentos que rigen la atención integral a las personas afectadas por VIF y ASE

A. PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN VIF Y ASE

1. Principios que rigen según el Protocolo de VIF y ASE (MS - CCSS 2000)

- Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad en un ambiente de relaciones interpersonales pacíficas y libre de agresiones psicológicas, sexuales, físicas y sociales y sin discriminación (por edad, sexo, género, grupo étnico, zona geográfica, creencia religiosa, políticas, estilos de vida).
- Toda persona tiene derecho a la defensa de la vida y a vivir en condiciones que le permitan una calidad de vida adecuada.
- Toda persona tiene derecho a ser protegido por el Estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente que afecta su desarrollo integral.
- Toda persona tiene el derecho de aprender formas no violentas de resolver conflictos. La sociedad debe promover formas de vida no violentas.
- Toda persona tiene el derecho a una atención integral oportuna expedita, eficaz, confiable, eficiente, de calidad, para eliminar la violencia intrafamiliar y sus secuelas.
- Las personas están influidas por factores legales, biológicos, económicos, sociales, espirituales, psicológicos y culturales, por lo tanto deben considerarse para entender y enfrentar la VIF en forma integral e interinstitucional.
- Nada justifica la violencia.

- La violencia es una construcción histórica que se modela y aprende, por lo tanto deben revisarse los mensajes que emiten los diferentes agentes socializadores que la refuerzan: la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema de salud, el sistema judicial y otros.
- La VIF es un problema de salud pública por el impacto que causa en la población.
- La atención integral a la VIF debe estar regida por el principio de confidencialidad y seguridad a la integridad de las personas afectadas.
- La atención integral a la VIF se fundamenta en el derecho de las mujeres y hombres, niños y niñas, adolescentes y personas mayores a vivir con dignidad, libertad, justicia y paridad.
- La atención integral a la VIF solo se podrá dar cuando esté basada en el principio de solidaridad.

B. FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS AFECTADAS POR VIF Y ASE

2. Aspectos que conforman la atención integral en VIF y ASE:

- Ser accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad; que garantice la integridad de las personas afectadas.
- Que contemple la atención de los diferentes tipos de violencia (psicológica o emocional, física, sexual, patrimonial, abuso sexual extrafamiliar y testigos de la violencia intrafamiliar).
- Dirigida a cambiar el ciclo de la violencia.
- Con espacios para la retroalimentación y la contención individual y grupal para las personas responsables de la atención.
- Con mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por la VIF, que permitan valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente, tanto a nivel local, regional como nacional.

3. Fundamentos de la atención:

- b. Una visión género sensitiva** que facilite la identificación de los factores que contribuyen a los tratos desiguales y a las discriminaciones que se dan a nivel de la sociedad, la comunidad y la familia; y buscar un ejercicio sano de los derechos humanos.

- c. **El enfoque de riesgo** que permiten identificar tanto los factores riesgo como los factores protectores ante la VIF. En ello, la detección del nivel de riesgo facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas o grupos afectados por la VIF. Este enfoque ha permitido evidenciar que los grupos más vulnerables son: las niñas (os), las mujeres, las personas mayores y las personas con necesidades especiales o discapacitadas.
- d. **El abordaje interdisciplinario** para ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos, se requiere de la interrelación entre los haberes de todas las disciplinas existentes en salud. Una única disciplina no podrá dar cuenta de un problema con un nivel de complejidad como el de la VIF, de ahí, la necesidad de un trabajo interdisciplinario. Al mismo tiempo, cada disciplina debe definir sus acciones de intervención específica, tomando en consideración esa complejidad.
- e. **La intersectorialidad** para enfrentar el problema de la VIF se requiere de acciones concertadas entre la comunidad, la sociedad civil y el Estado. Es importante incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas afectadas por la VIF, a desarrollar en los niveles locales y promover el compromiso de la ciudadanía en la erradicación del problema. Con ello se buscará devolver a la ciudadanía el protagonismo en los procesos que promueven el desarrollo y combatan los obstáculos al mismo. Así en la interacción entre ciudadanos (as), sociedad civil organizada e instituciones, se encontrarán respuestas más efectivas y se desarrollará una auténtica participación social, una estrategia fundamental aquí es la creación de redes locales de atención integral a la VIF.

C. EJES DE LA ATENCIÓN

1. Función del médico general frente a la VIF y el ASE

El médico general como miembro de un equipo de atención en salud, desempeña un papel de crucial importancia en la detección, promoción, atención y seguimiento de las situaciones de VIF. Se ha comprobado que el Sistema de Atención en Salud es, en algunos países, la única institución que interactúa con los miembros de una familia en diferentes momentos de su vida; por lo tanto, lo coloca en posición de detectar y ayudar a las y los afectados, pero también exige nuevas actitudes y conocimientos del médico y los profesionales que participan en la atención.

La promoción social en las comunidades como proyecto de salud tiene su fortaleza en la relación estrecha y cercana con sus miembros, pero esto no se puede limitar a divulgar solo las políticas tradicionalmente propias de

la institución de salud (vacunas, control prenatal, cuidado del recién nacido, etc), sino, que es preciso promocionar formas de vida, de convivencia respetuosa y de prevención de la VIF. Esto puede corregirse proporcionando el conocimiento sobre los derechos humanos que cada persona adquiere desde la concepción. Es necesario instruir sobre la legislación vigente en Costa Rica y enseñar a construir las fortalezas para defender los derechos y denunciar las situaciones de VIF y ASE, dar a conocer la responsabilidad de los miembros de una comunidad al mismo tiempo que en la denuncia de las situaciones que violan los derechos de menores de edad, de adultos mayores, de adolescentes o de hombres y mujeres, en general.

EL proceso de atención debe producir un cambio de actitud. El conocimiento adquirido y el contacto con situaciones de abuso de poder, debe permitir la construcción de las propias fortalezas, y enfocar nuestra responsabilidad como profesionales en salud pero también como seres humanos, partícipes en la formación de una sociedad, donde también los derechos humanos son y deben ser una prioridad.

La atención de la VIF y ASE involucra acciones dirigidas a la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y a las personas ofensoras. La atención a estas poblaciones se sustenta sobre los siguientes ejes:

Ejes de la Atención (MS-CCSS, 2000)

- a. Promoción
- b. Prevención
- c. Detección, captación y registro
- d. Atención de las personas afectadas y a la población ofensora
- e. Seguimiento y coordinación

a. Promoción

Se dirige a desarrollar acciones que permitan fomentar, promover y proteger la vida, buscar el bienestar y la convivencia en paz.

A través de la promoción de relaciones pacíficas y formas no violentas de convivencia en el seno de la familia y la comunidad, se busca orientar acciones que favorezcan el desarrollo de actitudes y prácticas en las personas y grupos sociales, que le permitan un desarrollo integral. Las acciones de promoción se encaminan a impulsar esfuerzos destinados a desarrollar cambios en las representaciones sociales y actitudes, de manera que no se legitimen ni la VIF ni el ASE y se favorezcan formas alternativas de convivencia.

La educación para la salud es una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud; es importante la utilización de espacios como escuelas para padres, escuelas saludables, cantones saludables, actividades promocionales de los ECOS (educadores comunitarios en salud) y ferias de la salud para divulgación de los derechos y la legislación existentes y para la sensibilización sobre estos temas a nivel individual y local.

Ej.

Algunos temas a desarrollar son:

- Relaciones saludables
- Manejo de límites
- Autoestima,
- Habilidades para la vida
- Comunicación
- Manejo del enojo
- Actividades conjuntas de hombres y mujeres con sensibilidad y sin diferenciación de género
- Formas de negociación en las relaciones
- Violencia intrafamiliar y abuso sexual
- Formas alternativas de resolución de conflictos

b. Prevención

Acciones dirigidas a reducir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de VIF y ASE.

Enfatiza las acciones dirigidas a la población en riesgo, de manera que ésta cuente con información suficiente que permita reconocer signos de alerta e identificar estrategias y recursos para evitar posibles episodios de violencia. Estas se incluyen, además, en las consultas de la mujer, del adulto mayor, de los adolescentes y otros espacios propicios para el desarrollo de estas estrategias, como las clínicas de crónicos y el programa de salud escolar.

En el primer nivel de atención se debe reforzar la capacitación sobre las diferentes formas de manejo del enojo, la negociación interpersonal, las relaciones respetuosas entre las parejas y con las personas menores de edad, los derechos humanos y la equidad, son solo algunos de los temas que deben tenerse presentes y trabajarse con la comunidad.

El médico general debe reconocer la necesidad de la prevención, la detección oportuna y la atención a grupos de riesgo en su comunidad.

Ej.

Utilización de la presión social para señalar y corregir la VIF:

En la comunidad A, se estaba viviendo un grado de violencia muy alto. La comunidad se auto declaró “comunidad amigable y libre de violencia”. Se conformó un grupo que fue conocido por todas las personas del pueblo. Siempre que se sabía sobre algún episodio de violencia en una de las casas, un pequeño grupo de hombres y mujeres representantes de la comunidad organizada realizaban una pequeña visita social y a “tomar café”. La iniciativa fue tomada por algunas mujeres sobrevivientes de violencia y madres de niños (as) abusados, con el apoyo de ONG’s especializadas en violencia contra las mujeres y los niños (as).

Después de un tiempo, la presión social logró disminuir la incidencia de hechos violentos en esa comunidad.

c. Detección y registro

En la VIF resulta necesario destacar la importancia de la detección, pues constituye el primer paso para detenerla y para prevenir consecuencias más graves.

Detección de VIF y ASE

- Es una acción indispensable para dar seguridad, asistencia y protección a las personas afectadas por violencia.
- A través de la detección se busca reconocer, registrar y referir oportunamente las situaciones de violencia intrafamiliar a las instituciones o servicios pertinentes.
- Debe hacerse en todos los niveles de atención de la salud.

En el hogar es donde se producen mayores agresiones a las personas, por esta razón el personal de salud, tiene una posición de privilegio para la detección. Como es conocido en los escenarios del primer nivel, la participación del médico, puede ser crucial para salvaguardar la vida y la integridad de las personas.

Por múltiples razones como: vergüenza, inseguridad, dolor, poca confianza, miedo y desconocimiento, entre otras, las personas afectadas por violencia no hablan espontáneamente de su situación. Por lo tanto, la captación de situaciones de VIF y ASE requiere de una posición activa por parte de los profesionales de salud, lo cual significa observar y preguntar por posibles situaciones de VIF o ASE, cuando exista la sospecha.

La detección y registro de situaciones de VIF y ASE constituye el punto de partida para una intervención efectiva. Este eje, se debe acompañar de una contención y orientación básicas, en las que se evite la revictimización de las personas a fin de que se articulen acciones con la coordinación pertinente para lograr una atención integral, adecuada a las necesidades de todos. A su vez, el registro permitirá conocer la magnitud, la frecuencia y la distribución del problema en las distintas regiones del país. Los formularios para el registro de los casos se incluyen en el Anexo No.3.

d. Atención a las personas afectadas

La mejor forma de abordar la atención integral a la VIF y ASE, es la suma de los saberes. Esto implica en primer término, que la persona afectada es la que mejor conoce su propia situación y los recursos, pocos o muchos con que cuenta para resolverla o enfrentarla. Es indispensable la participación del equipo interdisciplinario para asegurar una intervención realmente exitosa.

Tradicionalmente se ha dejado casi la totalidad de la atención, en manos de las disciplinas de las ciencias sociales, sin embargo, es muy importante que otros profesionales que atienden estas situaciones conozcan bien y se incorporen de manera correcta a la atención, sobre todo de las víctimas, para evitar los sentimientos de impotencia, frustración, revictimización, o insatisfacción.

En la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar se diferencian dos formas de intervención: la atención básica y la especializada.

Atención básica

Son las acciones básicas, ligadas a la captación temprana e intervenciones iniciales de contención y orientación encaminadas a romper el ciclo de violencia.

En la atención básica, se crean las condiciones para que las personas afectadas puedan valorar su situación, solicitar información y recibir una orientación adecuada que les garantice su protección y la toma de sus propias decisiones. En el caso de las personas menores de edad, se deberá proceder a hacer la denuncia respectiva, si es del caso.

Contención

Se considera necesario establecer una relación en un espacio privado, de empatía, escucha, respeto, confidencialidad y seguridad, libre de críticas y de juicios de valor que permita a la persona afectada expresar sus sentimientos y disminuir su ansiedad, mientras se le da la atención requerida. Es una estrategia que busca contribuir con el fortalecimiento de la persona afectada, mediante la clarificación de su situación.

Orientación

Es la oferta de información actualizada sobre las posibles alternativas para enfrentar el problema, entre ellas, discutir la construcción de nuevos proyectos de vida.

En este momento se pueden crear planes de seguridad o de escape, si la situación de violencia intrafamiliar lo amerita.

Ver anexo No. 2 Desplegable ¿Cómo dar contención y orientación a personas afectadas por VIF.

Atención especializada

- Brinda acciones en el segundo y tercer nivel de atención mediante recursos especializados.
- Ofrece ayuda a las personas afectadas para salir de la crisis actual e iniciar el proceso de fortalecimiento, que les permita optar por condiciones más seguras o construir un nuevo proyecto de vida.

Acciones propias de la atención

- **Intervención en crisis**, puede ir desde una intervención básica (contención) hasta una intervención especializada que implica un trabajo terapéutico con objetivos y estrategias precisos.
- **Atención individual**
- **Atención grupal** de ésta se pueden describir tres tipos: **terapéutica, de apoyo y de autoayuda**, estos dos últimos coordinados por sobrevivientes de violencia con la supervisión de expertos (psiquiatras, psicólogos trabajadores sociales y enfermeras especializadas)

La atención grupal

- Es de especial importancia en el manejo de las situaciones de violencia
- Requiere de recursos especializados
- Los grupos se deben diferenciar por edad y por tipo de violencia

Referencia de las víctimas VIF y ASE

Dentro de la red de salud, debe hacerse según la necesidad de resolución de los problemas de las personas y según los niveles de atención. A nivel interinstitucional, a la red de atención a la violencia o a cualquiera de las instituciones y ONG especializadas a nivel local.

Debe hacerse de manera coordinada e informada con las posibles instituciones de referencia.

e. El seguimiento

Proceso sistemático y periódico que permite acompañar el fortalecimiento de las personas afectadas, identificar la evolución de su situación, su seguridad e integridad personal y la efectividad de las estrategias desarrolladas para enfrentar la violencia.

El seguimiento es parte esencial de la atención a las personas afectadas, además, permite retroalimentar y evaluar la calidad los servicios brindados, se valoran, en conjunto con las personas afectadas, los beneficios y limitaciones del proceso de atención y se revisan y readecuan las estrategias, si es necesario.

El trabajo intersectorial mejora la atención, ya que facilita que las referencias puedan hacerse hacia otros funcionarios de otra institución interesados y conocedores de la problemática; si así se requiere, se ve las posibilidades de reubicación de las personas con familias o en albergues.

Para profundizar sobre qué se debe hacer ante situaciones de VIF y ASE, consulte el anexo No.3 “Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la VIF”, páginas 17 a 25.

f. Atención a la población ofensora

En la actualidad se ofrece atención en algunos hospitales nacionales a los ofensores físicos, a los niños y adolescentes ofensores y a las mujeres afectadas que agreden a sus hijos e hijas. Este es un proyecto en proceso de consolidación con el que se pretende atender a esta población en los hospitales nacionales y regionales del país.

Abordaje de las víctimas y los ofensores

- Se considera inadecuado el abordaje conjunto del ofensor y la persona afectada.
- Se recomienda que la misma persona nunca atienda a ambos aunque sea en espacios físicos separados.

Referencia de los ofensores

- Toda intervención con personas ofensoras requiere de la capacitación especializada de las personas responsables de brindarla. Por eso, los ofensores (as) se deben referir a los centros especializados del tercer nivel de atención.
- La atención se ofrece en el HCG, HSJD, HNN y Hospital de Liberia.

A través de la atención a las personas ofensoras, se busca evitar la reincidencia. La intervención legal aquí es fundamental para la seguridad de las personas afectadas y el control de las personas ofensoras.

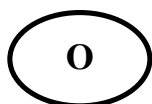
Es fundamental que cuando se sospecha la existencia de algún tipo de violencia, particularmente abuso sexual, se procure un espacio privado para entrevistar a la probable víctima, separada de la presunta persona ofensora.

**Proceso de
atención
especializada a
personas
ofensoras**

Incluye, por parte de especialistas:

- La evaluación del riesgo
- El plan de prevención de la reincidencia
- La intervención terapéutica individual y grupal
- La realización de estudios sociales que valoran la situación de las personas afectadas
- La aplicación de medidas legales y asesoría legal
- La supervisión del plan de autocontrol e integración a redes de apoyo para evitar la revictimización
- La incorporación gradual y supervisada al grupo familiar y comunal.

III. EL TRABAJO EN EQUIPO Y EL TRABAJO INTERSECTORIAL



Analizar las funciones y competencias de cada una de las partes involucradas en la atención a las personas afectadas por VIF y ASE con el fin de fomentar el trabajo interdisciplinario e intersectorial, indispensable para la atención integral de situaciones de VIF y ASE

A. RESPONSABILIDADES SEGÚN NIVEL DE ACCIÓN (MS, CCSS, 2000)

1. Nivel de gestión local

Acciones	Instancias participantes	Cómo	Instrumento
1. El área rectora facilita la negociación y concertación con los actores sociales involucrados en la captación y registro de las situaciones de Violencia Intrafamiliar	Área rectora (MS) Área de salud (CCSS)	Reuniones con diferentes instancias para sensibilizar en torno a la importancia y oportunidad de la notificación	<ul style="list-style-type: none">• Ley General de Salud.• Decreto de notificación obligatoria.• Boleta de notificación obligatoria.• Reuniones de negociación.• Convocatoria escrita y oral.• Normas de atención en violencia intrafamiliar.

2. Detección y registro de situaciones de violencia intrafamiliar	Área rectora (MS) Área de salud (CCSS)	Llenado de Boleta de Declaración Obligatoria según criterios de detección y exploración establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha familiar • Boleta de declaración obligatoria. • Criterios de detección y exploración incorporados en normas de VIF. • Boletas de las diferentes instituciones.
3. Asegurar el envío al área rectora respectiva de las boletas de notificación obligatoria.	Área rectora (MS) Área de salud (CCSS)	Medio electrónico o boleta original.	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de VIF y ASE. • Flujograma de envío de datos. • Enlace institucional (nivel de cada institución).
4. Procesamiento estadístico de los casos detectados	CILOVE CIREVE	Programa Epi-Info y otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Boletas de notificación.
5. Envío de la información a instancias competentes para análisis	Redes y responsables del sistema de información de otras instituciones.	Consolidado de los registros	<ul style="list-style-type: none"> • Informe con indicadores. • Boletas.
6. Análisis interinstitucional de los datos	Red de Violencia Intrafamiliar CILOVE Otros actores	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones trimestrales de evaluación de la información • Reuniones ampliadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del área rectora.
7. Devolución de la información y planteamiento de estrategias de intervención con los diferentes actores sociales	Área rectora Red VIF CILOVE Líderes comunales Instituciones ONG'S Grupos de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones • Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos y guías.

8. Monitoreo de la respuesta social a los casos de VIF y estrategias planteadas	CILOVE Red VIF Área rectora	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de casos priorizados y muestreados • Revisión de avances del plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de monitoreo.
9. Evaluación de procesos y resultados	Área rectora CILOVE Red VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar metodología de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de evaluación. • Informes. • Talleres y memorias

2. Nivel de gestión regional

Acciones	Instancias participantes	Cómo	Instrumento
1. Recibir y consolidar información de las comisiones locales interinstitucionales de vigilancia epidemiológica	CIREVE Redes de VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Informes mensuales de cada área de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes según formato establecido. • Epi-Info.
2. Análisis de información	CIREVE Redes de VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones • Foro de análisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Epi-Info
3. Evaluación y capacitación a comisiones locales.	CIREVE Redes de VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones • Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías de trabajo • Elaboración de instrumentos de evaluación.
4. Preparar y enviar informes a los diferentes niveles de gestión	CIREVE Redes de VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Informes semestrales y trimestrales. • Reuniones en el nivel local • Envío a los diferentes niveles de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de instrumentos.

5. Promover y participar en investigaciones	CIREVE Redes de VIF CILOVE	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de acciones aplicando los protocolos de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de investigación
6. Apoyar las estrategias de intervención de los niveles locales.	CIREVE Redes de VIF Unidad de Desarrollo de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría • Capacitación • Talleres 	
7. Gestionar recursos para la implementación de la vigilancia epidemiológica de la VIF	CIREVE	<ul style="list-style-type: none"> • A través de proyectos que justifiquen el presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos requeridos según fin institucional
8. Evaluación de procesos y resultados	Área rectora CIREVE Red cantonal Red VIF	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones • Visitas • Foros 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos indicadores • Informes • Datos recopilados
9. Negociar y concertar acciones con otros actores sociales.	CIREVE PANI MEP INAMU	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de negociación y concertación 	

3. Nivel de gestión central

Acciones	Instancias participantes	Cómo	Instrumento
1. Recibir y procesar la información de las comisiones regionales de vigilancia de la salud.	CIREVE CINAVE	Informes mensuales de cada región	Informes según formato establecido
2. Análisis de la información al nivel nacional	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Informes	Epi-Info

3. Monitorear la información.	CINAVE CIREVE	Reunión	Aplicación de instrumento de evaluación
4. Divulgación nacional de la información en VIF	CINAVE Sistema Nacional de VIF	Informes Reuniones	Informes
5. Promover y participar en investigaciones	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Coordinación con entes públicos y privados	Protocolos de investigación
6. Gestionar recursos para la información de vigilancia de la VIF	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Reuniones	Actas

B. PROCESO DE VIGILANCIA DE LA VIF Y ASE

Descripción del proceso de vigilancia de la violencia intrafamiliar

A partir de	Responsables	Qué se notifica	Tiempo notificado	A quién notifica	Qué acciones de control se realiza
Servicios públicos de salud de atención de las personas	Funcionarios de Salud	Casos	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata a la confirmación de un caso. • Reporte semanal 	<ul style="list-style-type: none"> • Al EBAIS • Al Área rectora del Ministerio de Salud • Al Área de salud CCSS • A la región del Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de casos • Monitoreo de acciones. • Procesamiento y análisis de datos. • Participación en la definición de estrategias de intervención. • Evaluación de cumplimiento de normas.

C. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO Y TRABAJO INTERSECTORIAL: REDES INTERINSTITUCIONALES COMUNITARIAS

Para el abordaje de esta problemática tan compleja, se requiere de un trabajo interdisciplinario que debe organizarse en torno al problema y no a las disciplinas y esto solo será posible si se comparte un marco referencial, en el cual se integren los saberes y las metodologías de abordaje, pero sobre todo, espacios de discusión y reflexión interdisciplinaria.

Es un hecho, que la fragmentación de los servicios y los programas tiene un impacto negativo en la calidad, consistencia y responsabilidad de la respuesta que reciben las personas afectadas por la violencia intrafamiliar; de ahí que la coordinación interinstitucional contribuye a maximizar el apoyo, la información y las opciones existentes para las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y reconoce que una respuesta social, depende de que todas las instituciones y organizaciones puedan avanzar en el mismo sentido a través de procesos compartidos e integrados.

La experiencia indica que no es posible seguir visualizando la violencia intrafamiliar como un asunto de interés de un solo sector social, tradicionalmente el de administración de la justicia, pues ello no solo niega la complejidad del problema y de las demandas de la población afectada, sino que también, tiende a introducir un peligroso sesgo reduccionista en el abordaje de la problemática. Es por ello, que se ha demostrado que la coordinación interinstitucional es un reto y además es la base del éxito para la atención de la violencia Intrafamiliar, sobre todo si se entiende que más allá de la colaboración, se requiere apertura para la adecuación de los servicios y programas a la luz de las necesidades locales.

Martínez (1995) refiere que la tarea de consolidar redes sociales es una contribución al esfuerzo de identidad de los miembros de la sociedad, ya que es la vía para construir una mayor integración social; es decir, para reducir la marginalidad y la exclusión. Cuanto más densa sea la trama de redes sociales y más articuladas estén, la sociedad tendrá mayor capacidad para respetar las diferencias, para acceder al reconocimiento mutuo, para desplegar la solidaridad y para evitar la acumulación de problemas. Es, por lo tanto, la estrategia para democratizar la sociedad y estabilizar la convivencia; es decir, las redes son un instrumento de interacción social.

Los cambios permanentes en la situación social y económica han llevado a la necesidad de optimizar las redes existentes para que nuestros proyectos de vida puedan sostenerse. Si se encuentran aislados y desconectados, no se tiene la posibilidad de evaluar los logros, ni de analizar los obstáculos, ni de generar nuevas alternativas. Por tanto, las redes sociales son el ámbito por excelencia de la interacción humana.

1. Las redes y los actores sociales

a. Redes sociales

Estas y sus diferentes formas de accionar en la realidad constituyen, todo un proceso de gestión e intervención que involucra tanto a instituciones públicas como los organismos no gubernamentales, abocados a la coordinación, negociación y operacionalización de políticas públicas, con el fin de atender las demandas comunitarias (relativas a las dimensiones sociales, económicas e infraestructurales, entre otras) de los sectores de mayor vulnerabilidad social.

Las redes sociales se distinguen de las organizaciones formales porque poseen un grado de estructuración más débil.

b. Diferencia de las redes sociales con las organizaciones formales

- No hay organigramas ni cronogramas estructurados
- No poseen locales propios
- No tienen presupuesto propio
- Su funcionamiento es más bien **sociográfico** (horizontal)
- No hay constreñimientos institucionales u obligaciones formales para los participantes
- La estabilidad y la permanencia dependen de la eficacia y eficiencia de su funcionamiento y de los procesos motivacionales de los participantes

Además, en su dimensión operativa una red social está compuesta de **actores** que pertenecen y representan a organizaciones.

c. Los actores

Son personas significativas en el sistema social al que pertenecen, ya sea éste una organización institucional o comunitaria.

Una persona se transforma en actor cuando perteneciendo significativamente a una organización, representa su voz y se vincula en red con otros actores pertenecientes a otras organizaciones.

2. Organización de las redes sociales

Las redes sociales pueden organizarse en por lo menos tres tipos de articulaciones entre sus participantes:

a. Articulación intracomunitaria

En este caso la red vincula integrantes pertenecientes al ámbito comunitario. Se entiende aquí por ámbito comunitario el espacio de vida de las personas.

Ej.

Los integrantes en este caso son organizaciones comunitarias:

- **Territoriales:** juntas de vecinos, uniones comunales, organizaciones barriales, comités de adelanto.
- **Funcionales:** centros de madres, asociaciones culturales, religiosas, micro comunidades, clubes deportivos, etc

b. Articulación Interinstitucional

En este caso la red vincula a todas aquellas instancias pertenecientes al ámbito institucional; es decir, deben considerarse en este espacio a las organizaciones formales, tanto públicas como privadas.

Ej.

Ministerios, servicios estatales, hospitales, consultorios, iglesias, organizaciones no gubernamentales, corporaciones, fundaciones, etc.

**c. Articulación
institucional
y
comunitaria**

Como su nombre lo indica, en este caso la red vincula organizaciones institucionales con organizaciones comunitarias.

Concl.

Estos tres tipos de articulación pueden darse en forma separada (redes intersectoriales, redes comunitarias, etc.) o en forma simultánea y combinada.

3. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI)

La acción efectiva para atender y prevenir la violencia intrafamiliar solo será posible, entonces, si se asume como una tarea de toda la sociedad. A través del trabajo en las redes locales, se podrá consolidar un espacio de reflexión que permita comprender la magnitud real del problema, la ponderación de sus implicaciones y la capacidad de reaccionar frente a él y a partir de esta comprensión, diseñar las estrategias para su enfrentamiento.

El Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) en general y su Comisión de Seguimiento en particular, coordinada por el Área de Violencia de Género del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), en su proceso de construcción y ejecución, se ha orientado hacia la transformación de la cultura institucional prevalente, promoviendo una acción coordinada y concertada y un mayor acercamiento de la institucionalidad a la sociedad. Este espacio de acercamiento ha sido por excelencia el de las redes locales interinstitucionales y comunitarias para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

a. Misión de las redes locales (PLANOVI)

“Construir y consolidar un espacio de coordinación intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil, para el desarrollo de políticas locales de prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar”.

b. Principales objetivos de las redes locales (PLANOVI, 1996)

- Articular esfuerzos y optimizar recursos para atender y prevenir la violencia intrafamiliar
- Desarrollar un diagnóstico sobre las características y necesidades de la población afectada por la violencia intrafamiliar y mantener actualizado un directorio de recursos y programas, orientado a brindar una atención integral
- Desarrollar y adecuar estrategias que permitan una atención integral de la violencia intrafamiliar a nivel local, que proporcionen una respuesta oportuna, eficaz y eficiente a la población afectada
- Desarrollar estrategias para el abordaje y el tratamiento de las personas ofensoras
- Promover una amplia movilización y organización social orientada a la erradicación de la violencia y la construcción de nuevos valores y prácticas de convivencia social basadas en la tolerancia, el respeto y la autodeterminación.

Las redes locales están constituidas por representantes locales de las instituciones públicas integradas al Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, así como de las organizaciones, grupos y otras manifestaciones de la sociedad civil que trabajen en aspectos relacionados con la atención y prevención de ésta problemática.

Es importante mencionar que el trabajo de las redes debe regirse por unos principios orientadores que guíen el accionar de los funcionarios en su relación con las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, debido a las implicaciones éticas que conlleva la intervención en situaciones de este tipo, así como su potencial impacto en la vida de las personas.

Finalmente, las redes locales de atención a la violencia intrafamiliar deben poseer las siguientes características:

c. Características de las redes (PLANOVI)

- Tienen permanencia
- Son comprometidas
- Están capacitadas adecuadamente en la problemática
- Con respaldo legal e institucional
- Con participación de la comunidad
- Con capacidad técnica y administrativa
- Con capacidad para trabajar en equipo
- Con facilidad de acceso
- Capaces de valorar la capacidad de cambio individual y grupal
- Con aceptación social y credibilidad
- Con amplia difusión
- Con conocimiento del área de trabajo y de sus recursos, limitaciones y posibilidades
- Con accesibilidad a recursos políticos, técnicos y administrativos
- Con coordinación con instancias políticas para la consecución de recursos técnicos, materiales y financieros.

Concl

El trabajo con violencia intrafamiliar debe tener de manera prioritaria, énfasis en trabajo con las redes sociales en términos de las posibilidades de las comunidades, de su toma de conciencia, del desarrollo del capital humano local y de las resiliencias tanto individuales, como del colectivo. (PLANOVI, 1996)

Res.

La VIF es un problema propio de las sociedades, multicausal, polifacética. Su enfrentamiento requiere de la suma de saberes y recursos tanto a nivel nacional como local.

Las redes sociales facilitan el trabajo sistémico, procuran el funcionamiento articulado de comunidades, personas e instituciones, en la búsqueda de soluciones sostenibles prácticas e integrales.

Referencias Bibliográficas

Carcedo, Ana y Sagot, M. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. Consejo Directivo de VIF – Sector Salud. OPS/OMS. Costa Rica, 2002.

Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia. **“Plan Nacional para la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar”r: plan operativo 1996-1998.** San José, Costa Rica.

Chaverri, Mayra y otras. **“Sentir, Pensar, enfrentar la Violencia Intrafamiliar”**. Módulo 2. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Despacho de la Primera Dama de la República, San José, Costa Rica, 1997.

Claramunt, Cecilia. **Ayudándonos Para Ayudar A Otras.** Guía para el auto cuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intra familiar. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José, Costa Rica. 1999.

D’ Angelo, Almachiana. **Explorando nuestros cambios.** Indicadores para evaluar procesos educativos de género. Proyecto mujer, salud y violencia. Managua, Nicaragua, 1999.

Estado de la Nación, Octavo informe, capítulo 2 Equidad e integración social. San José, Costa Rica, p. 124-125. 2002

García, Ana I. y Compañeros, GESO (Fundación género y sociedad), **Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina**”, un Estudio Regional Comparado, 2003.

GESO (Género y Sociedad), **“Sistemas Públicos contra la Violencia Doméstica en América Latina”**: Un estudio comparado, Banco Interamericano de Desarrollo, p. 21, 2002.

INAMU. **Datos Comisión Nacional Seguimiento de la VIF.** INAMU. Informes 2003

INAMU. **“La estrategia de redes como forma de abordaje de la V.I.F.** Mimeo. 2000.

Ling Ching C., R. **“Psicología Forense. Principios Fundamentales”**. Editorial de la Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 2002

Mac Donald, Jessica. **Guía Metodológica para el Auto Cuidado Grupal.** Programa de Atención Integral a la Violencia Intra Familiar de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.2002.

Mac Donald, Jessica. **Propuesta modelo de auto cuidado. Organización Panamericana de la Salud, Caja Costarricense del Seguro Social.** Programa Atención Integral a la Violencia Intra familiar. San José, Costa Rica. 2002.

Martínez, Roberto **Redes Sociales.Más allá del individualismo y del comunitarismo**". En: Dabas, Eliana y Dense Najmanovich, Redes. El lenguaje de los vínculos". Argentina, Editorial Paidós. 1995.

Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. **Normas de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.** Costa Rica, 2002.

Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. **Protocolo de vigilancia de la VIF y el ASE.** Costa Rica, 2002.

Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social **"Normas de atención integral a las personas"**, 2002.

Mora Sonia, CCSS, Programa de atención a la violencia intrafamiliar, "Impacto de la violencia en la vida de las personas", Material educativo del programa, 2003.

OPS/OMS, **"Informe mundial sobre la violencia y los servicios de salud"**, 2003.

Perrone, Reinaldo. **Violencia y abusos sexuales en la familia.** 3ra. Edición. Editorial Paidós – Terapia Familiar. Buenos Aires, 2002.

Quirós, Edda. **Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar.** Módulo No.1 Despacho de la Primera Dama. San José, Costa Rica. 2002.

Ramellini, T y Mesa, S. **"Sentir, Pensar, enfrentar la Violencia Intrafamiliar"**. Módulo 4. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Despacho de la Primera Dama de la República, San José, Costa Rica, 1997.

De los autores y autoras

SONIA MARÍA MORA RODRÍGUEZ

Enfermera, Directora Ejecutiva del Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar de la CCSS, coordinadora de la Comisión Nacional de Género y Salud, CCSS, Representante ante la comisión de seguimiento de los proyectos de prevención y atención de la violencia intrafamiliar del país, representante de la CCSS ante el programa de Salud y Género de la OPS / OMS, a nivel nacional y centroamericano.

MAYRENE SÁNCHEZ ZAMORA

Trabajadora Social, Universidad de Costa Rica. Master en Salud Pública con énfasis en Gestión de Políticas en Salud, UCR.

Laboró en el Ministerio de Salud en el nivel local, desarrollando acciones exitosas en promoción de la salud. Actualmente desde el INAMU se ha especializado en violencia de género con énfasis en la prevención, promoción y atención de la problemática de la violencia intrafamiliar, desarrollando iniciativas a nivel local conjuntamente con las redes locales interinstitucionales y comunitarias de atención y prevención de la violencia intrafamiliar de la Región Atlántica, la Región Brunca y la provincia de Heredia.

EYDA CAMACHO CANTILLANO

Bachiller en Psicología y Antropología, Licenciada en Ciencias Sociales para la Salud, Universidad de Costa Rica. Master en Salud Pública, Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba. Master en Psicología Clínica, Universidad Latinoamericana de Ciencias y Tecnología (UNIBE).

Ha laborado en Costa Rica y Cuba, en calidad de profesora e investigadora. Fungió como asesora en la Escuela de Medicina de Managua. Ha participado como investigadora en el INCAP, facilitadora y conferencista en procesos de capacitación en el área de la Salud Reproductiva, OPS, Panamá, Honduras y República Dominicana. Autora y coautora de varios artículos publicados en Costa Rica, Cuba y Brasil.

RITA FLORES ASTORGA

Psicóloga, con amplia experiencia en la atención individual y grupal, a pacientes afectados por la violencia. Cuenta con una Maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa. Ha participado como docente de diferentes universidades del país. Además, ha colaborado en el Programa de Violencia de la Caja Costarricense de Seguro Social y en la elaboración de las Normas de Atención a la Violencia, a nivel nacional.

GISELLE BRENES PACHECO

Médica especialista en psiquiatría, Universidad de Costa Rica, Residencia Hospital Nacional Psiquiátrico, Consulta externa en la Clínica Jiménez Núñez, trabajo grupal e individual con todos los grupos etáreos, interconsultas con primer nivel de atención Área de Goicoechea 1 y 2, Área Moravia, trabajo individual y grupal con víctimas de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. CARLOS ALBERTO SÁENZ PACHECO
Presidente Ejecutivo

DR. MARCO ANTONIO SALAZAR RIVERA
Gerente Médico

DR. ZEIRITH ROJAS CERNA
Coordinador
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DRA. OLGA ARGUEDAS ARGUEDAS
Directora Ejecutiva
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social
(CENDEISS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. YAMILETH GONZÁLEZ GARCIA
Rectora

DRA. MARIA PÉREZ YGLESIAS
Vicerrectora
Vicerrectoría de Acción Social

M.SC. FLOR GARITA HERNÁNDEZ
Directora Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

DR. JORGE MURILLO MEDRANO
Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

M.SC. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública