



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

Elaborado por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) del Hospital General de Lima, con el apoyo del Fondo Italo Peruano (FIP).

Manual de Bolsillo

Pautas para la atención a mujeres afectadas
por la violencia familiar

Proyecto financiado por:



Manual de bolsillo: pautas para la atención a mujeres afectadas por la violencia familiar

1ra Ed. Actualizada, enero 2015

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-01132

Editado por:
Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
Calle Caracas 2380, Jesús María, Lima 11
Teléfonos: (51-1) 462 1600 / 462 1700
Fax: 261 0297
www.caps.org.pe/portal

Impreso en:
Editora Imprenta Ríos S.A.C.
Jr. Puno 144 - Huancayo

Mil ejemplares
Lima – Perú
Enero 2015

Diseño y diagramación: Ángel Vila

La versión preliminar de este manual fue elaborada en la primera etapa del proyecto "Promoción de la Salud Mental de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano" co ejecutado por el CAPS y el Movimiento Manuela Ramos con el financiamiento de la Unión Europea.

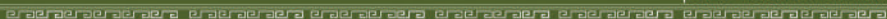
La impresión de este material ha sido posible gracias al financiamiento del Fondo Ítalo Peruano, en el marco del proyecto: "Fortalecimiento de los programas de salud mental para víctimas del conflicto armado interno y violencia basada en género en la región Junín: un requisito para el desarrollo e inclusión social".

Bienestar: inclusión social, libre de violencia

www.libredeviolencia.com

CONTENIDO

Presentación	9
CAPÍTULO I	10
DEFINICIONES Y CONCEPTOS	11
Generalidades sobre la violencia	11
Violencia contra la mujer	11
Violencia familiar	11
Tipos de violencia familiar	12
Tipos de violencia sexual	13
Violencia psicológica	13
Hostigamiento sexual	13
Trata de personas	13
Feminicidio	13
El Agresor	14
La mujer agredida	14
Modelo transteórico	15
El ciclo de la violencia	16
Secuelas emocionales de la violencia familiar	17
La depresión	17
Conceptos de depresión	17
Alteraciones del afecto	18
Alteraciones del pensamiento	18
Alteraciones de la conducta	19
Alteraciones del sueño	19
Alteraciones somáticas	19
Tipos de depresión	19
Episodio depresivo leve	19
Episodio depresivo moderado	20
Episodio depresivo grave	20
La depresión en las mujeres	20
Algunos factores de riesgo para la depresión de las mujeres	21
Algunos factores protectores	23
A nivel individual	23
A nivel familiar	23



A nivel Social	24
----------------	----

CAPÍTULO II 26

ENFOQUES Y CRITERIOS 27

El enfoque de derechos humanos	27
El enfoque de género	28
El enfoque de interculturalidad	28
Criterios que rigen la calidad de atención	28

CAPÍTULO III 30

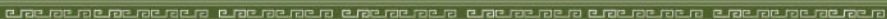
DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR 31

Identificación de casos de violencia	31
Indicadores de sospecha de maltrato	32
La entrevista de tamizaje	34
¿Cómo preguntar?	36
La valoración del riesgo	38
Indicadores para evaluar indicadores de riesgo	40
Sobre el suicidio	41
Indicadores útiles para evaluar, tanto el riesgo suicida, como el riesgo de que una mujer que vive en situación de violencia se convierta en homicida de su agresor y/o seres queridos	42

CAPÍTULO IV 44

LA INTERVENCIÓN 45

Consideraciones previas	45
¿Qué es lo que debemos hacer cuando intervenimos con mujeres afectadas por la violencia familiar?	45
Pautas para la intervención con mujeres que son afectadas por la Violencia pero que no corren un riesgo extremo	45
Pautas para la elaboración de planes de seguridad con mujeres en situación de alto riesgo o riesgo de feminicidio	46
Plan de seguridad para mujeres que deciden retirarse de su domicilio	46



Plan de seguridad para mujeres que deciden permanecer en su domicilio	46
Plan de seguridad para mujeres que se retiraron de sus domicilios o cuyos agresores ya no viven en la casa, pero que continúan en riesgo	48
Pautas para la intervención con mujeres, tanto en situaciones de riesgo suicida como en situaciones de riesgo de convertirse en homicida de su agresor y/o seres queridos	49
El apoyo emocional	50
Etapas de la consejería	51
Etapa inicial	51
Etapa intermedia	51
Cierre de la sesión y seguimiento	56

CAPÍTULO V 57

PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR 60

Obstáculos más frecuentes que existen en los profesionales, para intervenir en los casos de violencia	60
Mitos sobre la violencia contra la mujer	61
Algunas consecuencias negativas que el trabajo genera en los profesionales	63

CAPÍTULO VI 63

RECURSOS LEGALES 66

Consideraciones previas	66
Policía Nacional del Perú	66
Ministerio Público	67
Centro de Emergencia Mujer	67
Instituto de Medicina Legal	67
Hospitales y centros de salud	68
Demuna	68
Poder Judicial	69
Juzgado Mixto	69
Artículos de códigos de ética que se deben tener en cuenta	70
Ley general de salud	70
Colegio Médico del Perú	70

Colegio De Psicólogos Del Perú	70
Código de ética y deontología profesional del Colegio de Obstetrcices del Perú	71
Directorio de instituciones y recursos locales de la región Junín	72
Bibliografía	79
Anexos	80

PRESENTACIÓN

La presente publicación es parte del proyecto “**FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN LA REGIÓN JUNÍN: UN REQUISITO PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL**”, y está dirigida a los profesionales de salud que brindan atención a mujeres que viven en situación de violencia familiar en la mencionada región.

EL MANUAL DE BOLSILLO: “PAUTAS PARA LA ATENCIÓN A MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA FAMILIAR” tiene como objetivo brindar herramientas útiles para la prevención, promoción y atención de la salud mental de las mujeres que padecen los efectos de la violencia ejercida por sus parejas y familiares.

El manual tiene como uno de sus ejes fundamentales al “modelo transteórico de cambio de las mujeres que viven situaciones de violencia”, modelo que brinda un marco para la comprensión del proceso de cambio que una mujer tiene que atravesar para llegar a sentirse en dominio de su propia vida, libre de relaciones violentas. También ofrece lineamientos para que los operadores de salud puedan identificar desde el primer nivel de atención, los factores de riesgo y protectores que existen en los estilos de vida de las mujeres. Un punto relevante en los contenidos de este Manual son los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y psicosocial, que al ser miradas transversales co-adyuvan a que la calidad de la atención de las mujeres sea integral. Asimismo, en el presente documento se detallan diferentes modalidades de abordaje y apoyo terapéutico pertinentes para el primer y segundo nivel de atención, así como la ruta y referencias necesarias para los casos atendidos en la región.

Este documento constituye una adaptación del Manual de Bolsillo que la institución elaboró en el año 2011 - 2012 en colaboración con la ONG Manuela Ramos. Los contenidos se han adecuado a las necesidades del presente proyecto y de la población beneficiaria del mismo, pero se conservan las opiniones de los expertos consultados en aquel momento, así como los lineamientos fundamentales de varias guías técnicas y manuales tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Esperamos que el presente instrumento contribuya a que las mujeres puedan contar con mejores condiciones protectoras de su salud mental en los servicios del Estado e instituciones de sociedad civil.



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

El bienestar social es un derecho humano fundamental que garantiza la dignidad y el desarrollo de todas las personas.

CAPÍTULO I

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

GENERALIDADES SOBRE LA VIOLENCIA

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Llamamos violencia contra la mujer a “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción, la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.¹

VIOLENCIA FAMILIAR

La familia es una de las esferas de la vida de las mujeres donde la violencia es más frecuente.

Según la legislación peruana, la violencia familiar es: “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive a amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzcan entre: cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia; Uno de los convivientes y los parientes del otro hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad en las uniones de hechos.”²

¹ Naciones Unidas: “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” Art. 1, 1993.

² Ley de Protección frente a la Violencia Familiar. Texto único ordenado de la ley 26260 y sus modificaciones, 2008.

TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR**Violencia Psicológica:**

Incluye aquellos actos tendientes a controlar o aislar a la mujer, así como a humillarla o avergonzarla. Son manifestaciones de este tipo de violencia: las amenazas, insultos, humillaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, el control desmedido, el uso del dinero o acceso a los bienes como medio de chantaje o presión.

Violencia física:

Se refiere a toda conducta que implique el uso intencional de la fuerza en el cuerpo de la mujer, con el propósito de ocasionar lesión física o dolor. Ejemplos: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras, jalones de cabello, envenenamiento, cortes, golpes con objetos.

Violencia Sexual:

Todo acto de índole sexual que sea impuesto mediante la fuerza, la amenaza, la coacción o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de la mujer, es calificado como violencia sexual. Se incluyen en esta categoría los actos contra el pudor (tocamientos, hostigamiento sexual, exhibicionismo), y la violación sexual (introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de dedos, lengua u objetos por vía vaginal o anal).

TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

Violencia Psicológica:

Incluye aquellos actos tendientes a controlar o aislar a la mujer, así como a humillarla o avergonzarla. Son manifestaciones de este tipo de violencia: las amenazas, insultos, humillaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, el control desmedido, el uso del dinero o acceso a los bienes como medio de chantaje o presión.

Hostigamiento sexual:

La Ley 29430, Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual, Artículo 4, dice: "El hostigamiento sexual tipo o chantaje sexual consiste en la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual o sexista no deseada o rechazada, realizada por una o más personas que se aprovechan de una posición de autoridad o jerarquía o cualquier otra situación ventajosa, en contra de una u otras, quienes rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad así como sus derechos fundamentales"³

Trata de Personas:

La ley N° 28950, ley Contra la trata de personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, al respecto de la Trata de personas manifiesta: "El que promueve, favorece, financia o facilita la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de otro, en el territorio de la República o para su salida o entrada del país, recurriendo a la violencia, la amenaza u otras formas de coacción, la privación de libertad, el fraude, el engaño, el abuso del poder o de una situación de vulnerabilidad, o la concesión o recepción de pagos o beneficios, con fines de explotación, venta de niños, para que ejerza la prostitución, someterlo a esclavitud sexual u otras formas de explotación sexual, obligarlo a mendigar, a realizar trabajos o servicios forzados, a la servidumbre. La esclavitud o practicas análogas a la esclavitud u otras formas de explotación laboral, o extracción o tráfico de órganos o tejidos humanos".

Feminicidio:

Se considera feminicidio, al homicidio de mujeres presuntamente cometidos por la pareja o expareja de la víctima, por cualquiera de las personas comprendidas en la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, o por alguna persona desconocida por la víctima, siempre que el homicidio revele discriminación contra la mujer.

³ Ley N° 29430

EL AGRESOR

El hombre agresor es aquel que usa habitualmente la violencia en sus relaciones familiares como forma de comunicarse, resolver conflictos, imponer su criterio o expresar sus emociones. Son varones que tienen fuertemente interiorizados los estereotipos tradicionales de la superioridad masculina.

Se han encontrado cuatro rasgos o actitudes comunes entre los agresores, que explican por qué estos pueden considerar como natural o justificado el uso de la violencia.

- **Cree tener derecho a ejercer el control.** El agresor está convencido de su derecho a ejercer el control absoluto sobre las decisiones y la vida de su pareja. De igual manera, cree tener la potestad para usar la violencia o la coerción cuando siente que ha perdido ese control.
- **Cree tener derecho a que todas sus necesidades sean satisfechas.** El agresor cree que su compañera tiene el deber de atender todas sus necesidades y darle atención cada vez que él lo solicite, más allá de cuáles sean los sentimientos y necesidades de ella. Si no recibe la respuesta que desea, apela a su "derecho" de usar el castigo o la violencia.
- **La cosificación.** El agresor, al no tener en cuenta las emociones o los deseos de su pareja, termina por considerarla un ser inferior, una especie de objeto que debe estar en función de sus necesidades. El percibir a su compañera como alguien despojado de su humanidad, es decir, como una cosa, le facilita el uso de la violencia.
- **La posesión.** Implica considerar a la compañera como alguien de su absoluta pertenencia, con la que puede hacer lo que considere necesario, incluso golpearla.

LA MUJER AGREDIDA

Al interior de las mujeres afectadas por la violencia familiar se desarrollan procesos mentales y afectivos muy intensos que suelen dificultar la toma de decisiones o los cambios. Es un dato innegable de la experiencia que las mujeres violentadas muchas veces, luego de haber intentado una separación, retornan a la relación de abuso. Esto nos dice que la mujer no siempre está preparada emocionalmente para sostener su decisión de romper con el vínculo, por lo que hay que ser sumamente cuidadosos con nuestras intervenciones y tener en cuenta algunos

aspectos que están presentes en este proceso.

Según el Modelo Transteórico⁴ existen cinco etapas en el proceso de cambio.

ETAPAS DE CAMBIO	DEFINICIONES
Pre - Contemplación	La mujer no reconoce a la violencia como un problema y no está interesada en cambiar; más bien tiende a negar el conflicto, a defenderse ante la presión externa y a culparse así misma por el maltrato recibido.
Contemplación	La mujer reconoce la situación de violencia en la que vive, tiene una conciencia creciente de los elementos a favor y en contra del cambio, pero aún no puede pasar a la acción. Puede quedarse en esta etapa por un largo tiempo. Lo importante es que, aun cuando no se sienta preparada para tomar una decisión, sabe lo que quiere y lo que no, y está convencida de que debe resolver el problema.
Preparación	Es llamada también "etapa de toma de decisión". La mujer intenta el cambio y desarrolla un plan, se encuentra más preparada para pasar a la acción en un futuro próximo pero aún se mantiene en la relación violenta. Pueden aparecer conductas preparatorias para la decisión final, por ejemplo: habla con los familiares de su pareja para que ya no la siga maltratando, busca ayuda en la comisaría para que los policías pongan límite a la agresión, etc.
Acción	La mujer ha tomado acciones encaminadas a terminar con la situación de violencia: ha salido de la casa, ha denunciado la violencia, ha exigido medidas de protección, etc. Esta etapa se define por la ruptura de la relación; en ella concluye la violencia.

⁴ Prochaska, Di Clementi. Modelo que surge de la revisión de 18 tipos de psicoterapia y teorías de cambio psicológico, 1982-198

Mantenimiento

La conducta violenta ha terminado y la mujer busca prevenir que se repita el patrón de maltrato del que ha salido. Se considera consolidada esta etapa cuando no ha habido recaídas o reconciliaciones durante seis meses.

La mujer se siente capaz de mantenerse alejada del agresor, se percibe así misma distante emocionalmente o lo rechaza de manera marcada. La estabilización del cambio, el inicio de una nueva forma de vida y la evitación de las recaídas son los principales signos de esta etapa.

16

El modelo considera que no existe una progresión lineal sino más bien un proceso con avances y retrocesos entre las etapas, antes de que se consolide la fase final o de mantenimiento.

Es importante reconocer el carácter lento y gradual del proceso de cambio y respetar el tiempo personal de cada mujer. No hay que olvidar que el abandono de un vínculo violento implica redefinir aspectos de la propia identidad, del modo en que la mujer se percibe así misma y a los demás.

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Existe un patrón cíclico en las relaciones de violencia contra las mujeres. Según L. Walker (1984) el ciclo consta de tres fases:

- a) **Acumulación de la tensión:** la irritabilidad del hombre se intensifica sin que haya un motivo comprensible o aparente para la mujer. Las discusiones por cuestiones intrascendentes y la violencia verbal aumentan progresivamente. El hombre con frecuencia descalifica todo lo que dice su pareja o la culpa por lo que está sucediendo, por otro lado, tiende a negar su hostilidad. La tensión seguirá acumulándose hasta que se produce la siguiente fase.
- b) **Explosión violenta:** la violencia estalla y se producen las agresiones físicas,

psíquicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

- c) **Reconciliación o luna de miel:** desaparecen la violencia y la tensión. El agresor se muestra profundamente apenado y arrepentido, pide perdón, hace regalos y promesas. Esta fase refuerza la decisión de la mujer de continuar con la relación, llegando a creer que realmente el agresor cambiará algún día. Cuando la violencia se cronifica, esta fase dura cada vez menos tiempo hasta que se vuelve inexistente, aumentando las anteriores en frecuencia e intensidad.

Cuando una mujer que vive en situación de violencia pide ayuda, ya ha transitado varias veces por el ciclo. Cada vez que éste se cierra, la mujer pierde confianza en sí misma. Por ello es esencial que las usuarias reciban los apoyos necesarios cuando se deciden a dar pasos encaminados a mejorar su situación.

17

SECUELAS EMOCIONALES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

LA DEPRESIÓN

La violencia familiar suele conducir al deterioro gradual de la salud mental de las mujeres, siendo la depresión la secuela más frecuente e invalidante. Es por ello de gran importancia que el profesional que trabaja con esta problemática pueda identificar el cuadro clínico así como estar sensibilizado con los factores que favorecen su aparición.

CONCEPTO DE DEPRESIÓN

Según el MINSA: "La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por el humor depresivo, la pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, el cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren"

Es importante poder distinguir la "depresión" como diagnóstico clínico o como enfermedad, de la tristeza esperada o natural que aparece por la pérdida de

algún bien, objeto, persona o ilusión. Ambas situaciones difieren por su duración, intensidad, y número de síntomas. Al lograr diferenciarlas evitaremos catalogar como depresión lo que puede ser una reacción esperable ante eventos dolorosos de la vida.

SIGNOS FUNDAMENTALES

ALTERACIONES DEL AFECTO

Tristeza patológica:

Pena y dolor mucho mayor a lo que normalmente se puede experimentar ante situaciones difíciles, y que interfiere en la vida social, familiar y sexual.

Sentimientos de minusvalía:

La persona se siente sumamente incapaz, con poco valor personal, indigna de ser amada o de tener logros. Esto suele ir acompañado de intensos auto reproches y de una excesiva culpa que puede desembocar en delirios.

Ansiedad:

Es el acompañante habitual del deprimido, se trata de una desazón y nerviosismo constante, que está presente siempre como telón de fondo.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

Alteraciones en el contenido y curso:

El sujeto imagina tener enfermedades de todo tipo, surgen obsesiones, ideas deliriosas. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la persona se distrae con facilidad.

Pensamientos suicidas:

Preocupación exagerada por la muerte, ideas y deseos suicidas que pueden llegar al acto aniquilatorio.

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

Desgano e incapacidad para el disfrute:

El sujeto se torna apático e inhibido y deja de realizar actividades que antes generaban gratificación. Disminuye también el deseo y la actividad sexual.

Disminución de la energía:

Se presenta un cansancio injustificado que varía durante el día, aunque suele ser más acentuado en las mañanas.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Puede aparecer el insomnio, es decir, la dificultad para conciliar y para mantener el sueño, y en algunos casos puede presentarse la hipersomnía o exceso de sueño.

MODIFICACIONES DEL APETITO

Por lo general el apetito y el peso disminuyen.

ALTERACIONES SOMÁTICAS

Aparecen dolores en diversas partes del cuerpo que no se explican a partir de una enfermedad orgánica.

TIPOS DE DEPRESIÓN⁵

EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Aparecen al menos dos de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y aumento de la fatigabilidad. Aparecen además, al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de ellos está presente en un grado intenso. La persona tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque por lo general no las abandona por completo.

⁵ Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Aparece un mínimo de seis síntomas: al menos dos de los tres mencionados para el episodio depresivo leve y cuatro de los restantes ya enumerados. Algunos de los síntomas se pueden presentar en grado intenso. La persona que padece un episodio depresivo moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. La persona padece de una considerable angustia o agitación o por el contrario, puede que la inhibición sea la característica más marcada. La pérdida de estimación hacia sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa, y el riesgo de suicidio suelen ser muy importantes. Durante un episodio depresivo grave es muy poco probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

Como ya se mencionó, el malestar depresivo se presenta con mayor frecuencia en la población femenina y el cuadro, por lo general, suele ser más discapacitante. Esta situación se relaciona estrechamente con determinadas construcciones de género que colocan a las mujeres en una posición de alta vulnerabilidad o riesgo de desarrollar síntomas. Algunos de los elementos más importantes son:

La socialización: las mujeres han sido socializadas para ser cariñosas, solidarias, atentas a las necesidades de los otros. Puede decirse que el núcleo de la identidad femenina está centrado en el rol de cuidadora, en una especie de actitud materna que se extiende a todas las áreas vitales y relaciones personales "...son madres de los hijos, madres de los esposos o parejas, madres de los padres."⁶

Esto trae consigo mucha frustración y dolor porque el dedicarse a atender las necesidades de los otros implica postergar las propias necesidades y deseos. La postergación personal dificulta de manera considerable que las mujeres puedan articular o asumir un proyecto de vida sin sentirse culpables o egoístas.

⁶ Grela, Cristina y López, Alejandra: "Mujeres, Salud Mental y género" Comisión de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.

Las relaciones de dependencia: Las mujeres pasan, por lo general, de la dependencia parental a la marital siendo, en uno y otro caso, las encargadas de velar por el bienestar de todos los miembros del hogar. Estar centradas en los otros, sujetas al mandato de preservar a toda costa la pareja y la familia, las lleva a anteponer la felicidad de sus descendientes o seres cercanos a la propia, lo que dificulta el desarrollo personal y emocional por ejemplo, a la hora de tomar decisiones complejas como una separación.

La vulnerabilidad de la autoestima: El vivir para los otros determina que las mujeres sean más vulnerables ante la opinión o el juicio de los demás. Es decir, su valoración personal o autoestima está muy relacionada con lo que los otros significativos digan de ella. Definirse a partir de lo que dicen los otros acarrea dificultades para considerarse y reconocerse a sí misma, para hablar con su propia voz.

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

VIVIR EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA:

- Vivir situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual.
- Violencia familiar en su familia de origen.
- Ver como normal la situación de violencia en la que vive.
- Ausencia de una distribución equitativa de las responsabilidades caseras y de crianza de los hijos.
- Cultura familiar y comunitaria machista.

VIOLENCIA ECONÓMICA:

- No contar con recursos propios y depender de la pareja económicamente. La doble jornada de trabajo (labores fuera del hogar y dentro de éste). Insatisfacción laboral.

EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

- Rompimientos amorosos, pérdida de familiares cercanos, falta de amistades, falta de apoyo familiar.
- Vincularse con hombres con historia de violencia o con rasgos de personali-

dad que incluyan la baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, consumo de alcohol u otras drogas.

- Aislamiento social y psicológico.

EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

- Embarazos no deseados, abortos, falta de acceso a anticonceptivos, problemas ginecológicos, temor a la intimidad sexual, etc.

EN LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL AUTOCUIDADO:

- Poca atención al autocuidado o la concreción de un proyecto de vida personal.
- Dificultad para poner límites a las otras personas, decir "no" y mantenerse firmes.
- Contar con pocos recursos de afrontamiento para encarar y resolver los problemas.
- Problemas de salud mental. Cuidar sola a los hijos.

EN EL ÁMBITO PÚBLICO:

- Condición de pobreza de la mujer.
- No contar con el apoyo del sistema público de salud cuando está inmersa en una situación violenta.
- No contar con una red interinstitucional que atienda a las mujeres, que considere la necesidad de integrar diferentes servicios públicos y de la sociedad civil.
- No contar con apoyo legal.
- No contar con oportunidades de un empleo digno.
- No contar con un entorno seguro que controle la violencia social (delincuencia, tráfico de drogas, accidentes de tránsito, etc.)

ALGUNOS FACTORES PROTECTORES

A NIVEL INDIVIDUAL:

- Tener conciencia de su derecho a recibir buenos tratos y a alcanzar el bienestar y la realización personal.
- Tener conciencia de que no existe ninguna razón por la que ella deba recibir o tolerar la violencia física, psicológica o sexual.
- Tener un proyecto de vida, es decir, darle sentido a la vida personal a partir del reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.
- Mantener una actitud de cuidado al cuerpo, a la salud física y a la salud sexual y reproductiva.
- Actitud y acción creativa encaminadas a buscar alternativas de solución a los problemas. No esperar que el medio cambie por sí solo sino generar condiciones favorables para el desarrollo de los recursos personales.
- Realizar actividades (sean remuneradas o no) que causen satisfacción o placer.
- Realizar actividades deportivas o ejercicios.
- Aprender cosas nuevas.
- Sentido del humor.

A NIVEL FAMILIAR:

- Relaciones familiares que proporcionen seguridad, afecto y soporte.
- Relaciones familiares que brinden reconocimiento y valoración a sus miembros así como respeto a sus opiniones.
- Ambiente libre de violencia entre los miembros de la familia (física, verbal, sexual, psicológica)
- Tener un conjunto de reglas y acuerdos familiares referidos a las responsabilidades y prohibiciones.

- Dinámica familiar que permita la participación activa de los miembros en la toma de decisiones.
- Existencia de límites claros entre los miembros de la familia que preserven la privacidad mental, física y sexual.

A NIVEL SOCIAL:

- Visitar a los seres queridos y compartir con ellos. Cultivar las amistades y los vínculos.
- Participar en grupos culturales, religiosos o artísticos dentro de la comunidad. Sentirse parte activa de las organizaciones.
- Pedir y tener acceso a los servicios públicos y recursos locales cuando los necesite.
- Existencia de redes de soporte y/o grupos sociales relacionados e intercomunicados que trabajen en el logro de objetivos comunes y que faciliten el desarrollo de las personas que los componen.
- Pertenecer a una comunidad en la que se fomente la identidad, tradición y cultura comunales, que cuente con servicios básicos (agua, luz, desagüe, atención de salud), solidaridad comunal, acciones de prevención de abuso de sustancias, violencia familiar y sexual, entornos limpios con espacios de recreación saludables, fomento a la participación comunal, etc.
- Un Estado que permita el desarrollo de las capacidades de sus ciudadanos brindando seguridad, justicia, vigencia de los derechos humanos, oportunidades de empleo y servicios básicos.

Muchos de los mandatos sociales que enfrentan las mujeres contribuyen a que éstas consideren las situaciones desventajosas en las que viven como algo natural, a que convivan con la tristeza como si fuera su compañera inevitable o, lo que es peor, a que ni siquiera puedan reconocerla como tal.



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

El bienestar social es un derecho humano fundamental que garantiza la dignidad y el desarrollo de todas las personas.

CAPÍTULO II

ENFOQUES Y CRITERIOS

ENFOQUES Y CRITERIOS DE CALIDAD⁷

ENFOQUES QUE FUNDAMENTAN NUESTRA ACCIÓN PROFESIONAL

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Humanos son un conjunto de facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene toda persona por el simple hecho de serlo. Tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de la igualdad de todos los seres humanos quienes, sin importar raza, edad, religión, sexo o condición social, deben gozar de ellos. Los Derechos Humanos están consagrados en un sistema jurídico y de instituciones que obliga a todos los Estados a respetarlos y garantizarlos.

Nuestra acción, fundamentada en este enfoque, parte del principio de igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y de que no es admisible ninguna diferenciación no objetiva ni razonable relativa al ejercicio de los mismos y al goce de oportunidades. Trabajar desde un enfoque de Derechos Humanos implica incidir en la promoción y protección de los derechos de las mujeres, identificando aquellos que han sido vulnerados o no realizados, sea en los campos civil, económico, político, social y cultural, así como las diversas barreras que limitan su ejercicio.

Dentro de los Derechos Humanos destacamos la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Estos se refieren a los derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva. Se pueden resumir en una frase: Toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene o no, hijos y relaciones sexuales.

Los derechos sexuales: se refiere al derecho de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

⁷ Referencias: MIMDES. Programa Nacional contra la Violencia sexual y Familiar. Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer. Abril 2011. Manuela Ramos: "El ABC de la atención con calidad a la violencia contra la mujer. Guía para proveedores de servicios públicos" Marzo 2011.

EL ENFOQUE DE GÉNERO

La categoría "género" se refiere al conjunto de características, roles y comportamientos que la cultura y el proceso de socialización asignan de forma diferenciada a los hombres y a las mujeres. "El género se relaciona con la manera en que somos percibidos y cómo es esperado que pensemos y actuemos como hombres o como mujeres según el consenso social."⁸

Esta categoría de análisis nos permite visibilizar las relaciones asimétricas de poder existentes entre varones y mujeres, comprender la ubicación social de la mujer y sus dificultades para tener una participación más equitativa en la vida social. Trabajar con este enfoque permitirá encarar y relacionar el ámbito privado con el público con una mirada integral, así como producir transformaciones sociales y culturales que reconozcan nuevas formas de feminidad y masculinidad, con equidad y respeto de los derechos.

28

EL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

Implica incorporar el diálogo entre distintas culturas y el respeto por la diferencia del otro en una interacción respetuosa, horizontal y sinérgica. No obstante, ello de ninguna manera significa aceptar prácticas culturales discriminatorias hacia las mujeres que promuevan o toleren la violencia hacia ellas u obstaculicen el goce de sus derechos.

CRITERIOS QUE RIGEN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Teniendo como referencia los enfoques descritos anteriormente, nuestra intervención debe basarse en los siguientes criterios de calidad:

1. No discriminar a ninguna usuaria por razones de género, etnia, edad, cultura, idioma u orientación sexual.
2. Brindar información comprensible y adecuada acerca de sus derechos y de los recursos o servicios a los que puede acudir para su recuperación.
3. Contar con un directorio actualizado de instituciones para realizar las derivaciones correspondientes.
4. Brindar información completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva (prevención de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión

⁸ Manuela Ramos: "El ABC de la atención con calidad a la violencia contra la mujer. Guía para proveedores de servicios públicos" Marzo 2011

sexual), y sobre el acceso a medios de anticoncepción oral de emergencia y antiretrovirales.

5. Brindar una atención personalizada que contemple las necesidades de cada usuaria.
6. Brindar un trato digno, respetuoso y comprensivo que reconozca a la usuaria como sujeto de derecho.
7. Respetar la autonomía en las decisiones de las usuarias. El profesional debe tener en cuenta que a muchas mujeres no les resulta fácil alejarse de una relación violenta o denunciar al agresor pese a estar informada. Limitarse en estos casos a explicar con claridad las alternativas de solución y a poner a su alcance los recursos necesarios para afrontar la situación de violencia.
8. Preservar la confidencialidad del servicio para lograr que las usuarias lo acepten.



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA

CAPÍTULO III

DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Existen instrumentos específicamente diseñados para la detección de la violencia familiar. No obstante, también es importante que el personal que recibe y atiende estos casos cuente con destrezas para identificar a las mujeres afectadas mediante la realización de entrevistas, y conozca los indicadores que pueden revelar la existencia de situaciones de maltrato. La aplicación de instrumentos de tamizaje complementada con la exploración clínica asegura una mayor efectividad en la detección.

Según la OMS (1998), una de las funciones de los profesionales que atienden casos de violencia al interior de la familia es "...preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres, sobre la existencia de violencia doméstica..."

IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA

¿Por qué es necesario preguntar?

La violencia de género ocurre con una frecuencia elevada y es más común que otros problemas de salud.

No existen "perfiles" que puedan indicar con suficiente exactitud quién es una probable víctima de violencia ni un posible agresor.

La mayoría de las mujeres están dispuestas a hablar de la violencia que sufren cuando se les pregunta de forma directa y sin enjuiciarlas.

El simple hecho de preguntar y registrar la información rutinariamente, supone para los profesionales que con el tiempo lo realicen con mayor soltura y las preguntas sean esperadas y recibidas con naturalidad por las mujeres.

INDICADORES DE SOSPECHA DE MALTRATO

1. ANTECEDENTES DE HABER SUFRIDO O PRESENCIADO MALOS TRATOS EN LA INFANCIA:

- Existe en estos casos mayor probabilidad de aceptar la violencia como parte normal de la relación de pareja. Se debe indagar sobre este aspecto.

2. ANTECEDENTES PERSONALES Y HÁBITOS DE VIDA:

- Alcoholismo y/o drogadicción.
- Trastornos de la conducta alimenticia (disminución del apetito, vómito auto inducido etc.).
- Depresión.
- Intentos de suicidio.

3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- Muchos embarazos, embarazos no deseados y/o no aceptados.
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- Infecciones ginecológicas de repetición.
- Historia de abortos repetidos.

4. MOTIVOS DE CONSULTA O QUEJAS FRECUENTES:

- Quejas somáticas repetitivas: cefalea, cervicalgia, dolor crónico, mareo, molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal), molestias pélvicas, dificultades respiratorias.
- Síntomas psicológicos frecuentes: insomnio, pesadillas, depresión, ansiedad, baja autoestima, agotamiento psíquico, irritabilidad.

5. INFORMACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS DE LA USUARIA O DE OTROS PROFESIONALES E INSTITUCIONES.

6. SI PRESENTA LESIONES FÍSICAS:

- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo.
- Retraso para asistir al servicio.
- Distribución central de las lesiones.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza (lesiones nasales, en las órbitas de los ojos, mandíbula, labios, cuello), en la cara interna de brazos o muslos.
- Lesiones "por defensa": cardenales en la cara interna de antebrazos.
- Presencia de lesiones en distintos estadios de curación: violencia a lo largo del tiempo.
- Lesiones durante el embarazo.

7. ACTITUD Y/O ESTADO DE LA USUARIA:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera, por ejemplo, al abrirse la puerta
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. Autoestima baja. Sentimientos de culpa.
- Falta de relaciones con otras personas (aislamiento).
- Estado de ansiedad o angustia, indignación fuera de contexto, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.

SI ESTÁ PRESENTE SU PAREJA:

- Temerosa en las respuestas.
- Busca constantemente su aprobación.

8. ACTITUD DE LA PAREJA:

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él.
- La interrumpe para rectificar, precisar o decir a su manera el relato de ella.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

Los indicadores anteriores son importantes y es necesario tenerlos en cuenta, pero no son los únicos que permiten sospechar de la existencia de casos de violencia familiar. Tampoco existen evidencias que demuestren que algunos sean más significativos que otros. Será la formación, el conocimiento de cada caso concreto y la práctica, lo que permitirá al profesional detectar a través de ellos la situación de maltrato.

LA ENTREVISTA DE TAMIZAJE**NORMAS GENERALES**

- No hacer esperar mucho tiempo a la usuaria.
- Recibirla en un ambiente cómodo, privado y carente de distractores.
- Se deben prohibir las interrupciones durante el desarrollo de la entrevista.
- Asegurar la confidencialidad.

- Usar el tiempo necesario.
- Escuchar con atención y mantener el contacto visual de forma tal que genere tranquilidad y confianza.
- Propiciar la expresión de sentimientos de manera empática y con una escucha activa.
- Abordar el tema de la violencia con intervenciones facilitadoras y con cautela.
- Evitar re-victimizar.
- No hacer gestos o expresiones de desaprobación, ni reaccionar con sorpresa o disgusto. No utilizar frases como: –“¿Qué ha hecho para que la maltrate?”, “¿Por qué lo permite?”, –“¡Yo nunca dejaría que me pase!”. Estas expresiones refuerzan en la persona afectada su sentimiento de debilidad y menoscaban su autoestima.
- Hacerte sentir que no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Creer a la mujer, no poner en dudas su interpretación de los hechos ni emitir juicios.
- Alertarla sobre los riesgos que corre.
- Informarle sobre los derechos que le asisten y las instancias a las que puede acudir.
- Respetar el proceso de reconocimiento y salida de la violencia de cada mujer, no forzarla ni presionarla para que tome decisiones.

SECUENCIA LÓGICA:

- Ir de las preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

¿CÓMO PREGUNTAR?

A continuación se sugieren una serie de preguntas generales y otras más dirigidas, así como ejemplos de preguntas ante sospecha. Cada profesional utilizará aquellas que les faciliten llegar a un diagnóstico.

EL INICIO DE LA ENTREVISTA

Muchas veces es necesario hacer una breve introducción al tema de la violencia o darle un contexto a las preguntas exploratorias, para favorecer la confianza y la empatía con la usuaria.

Ejemplos:

36

- “La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas las mujeres si están recibiendo algún tipo de violencia por parte de su pareja”.
- “Ahora se habla mucho más que antes sobre la violencia que sufren las mujeres. ¿Ha pasado usted por una situación así?”.
- “Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?”.

En caso se haya establecido un buen clima desde el inicio, que el profesional conozca de antemano a la mujer o considere que puede abordar el tema sin una introducción, se pueden emplear preguntas más dirigidas:

- “¿A qué cree que se debe su malestar/problema de salud?”.
- “¿Está viviendo alguna situación difícil que le haga sentirse así?”.
- “La encuentro algo intranquila, ¿le preocupa algo?”.
- “¿Qué opina su pareja de su malestar?”.
- “¿Cómo van las cosas en casa?”.
- “Cuando discuten, ¿cómo resuelven el problema?”.
- “Las relaciones de pareja son a veces violentas, ¿qué ocurre cuando tiene

una pelea en casa?, ¿cómo son esas peleas?, ¿pelean a veces físicamente?”.

- “¿Siente miedo a su pareja?, ¿Se siente segura con su pareja?”.
- “¿La insulta o la amenaza?”.

Crear a la mujer, no poner en dudas su interpretación de los hechos ni emitir juicios.

- En caso de sospecha por antecedentes ginecológicos como dolor o infecciones pélvicas:
- “¿Ha sido obligada alguna vez a tener relaciones sexuales cuando no quería hacerlo?”

Si la usuaria refiere algún aborto espontáneo, preguntar:

- “¿Ha recibido algún tipo de maltrato físico poco antes de perder el embarazo?”

En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

- “Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe/corte/puñetazo... ¿es solo eso que le ha ocurrido?”.

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:

- “¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste?,
- ¿Tiene algún problema quizá con su pareja?, ¿o con sus hijos?, ¿con alguien de su familia?, ¿en el trabajo?”
- “¿Usted y su pareja suelen hablar de sus problemas?, ¿cómo los resuelven?”
- “¿Qué opina su pareja de lo que le pasa?, ¿qué explicación le da él?, ¿le ayuda o no le da importancia?, ¿la culpa a usted de que su relación no funcione bien? ¿qué opina de lo que dice su pareja?”.

- “Parece como si se encontrara nerviosa, asustada, ¿a qué le tiene miedo?”. Preguntas directas para explorar la situación de maltrato. Se emplean cuando ya existe una aceptación evidente a hablar de la violencia sufrida.

Preguntas directas para explorar la situación de maltrato. Se emplean cuando ya existe una aceptación evidente a hablar de la violencia sufrida:

- “¿Su pareja utiliza la fuerza contra usted?”, “¿cómo (agarrones, empujones, patadas...)?, ¿desde cuándo?”.
- “¿Alguna vez la ha agredido de forma más grave? (palizas, uso de armas, agresión sexual)”.
- “¿Su pareja tiene problemas con la bebida o toma algún tipo de drogas?, ¿Cómo se comporta cuando lo hace?, ¿Cree que su pareja le pega lo hace porque bebe o toma drogas, o porque es violento?, “¿Cree usted que la situación puede cambiar?”.
- “¿Su pareja le impide ver a sus amigos o familiares?”
- ¿Su pareja controla sus salidas? ¿Le controla el dinero?
- ¿Le ha amenazado de muerte alguna vez?
- ¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

Las preguntas sugeridas anteriormente deben adaptarse a cada caso concreto o a cada mujer atendida. No siempre es necesario formularlas todas o hacerlo en el orden en el que aparecen. Se trata más bien de pautas generales que el profesional aplicará según la situación y según su propio criterio.

LA VALORACIÓN DEL RIESGO⁹

Son consideradas situaciones de riesgo aquellas que hacen peligrar la seguridad e integridad física y mental de la mujer, ya sea por acciones que podrían conducir al feminicidio, a la autoeliminación y/o aquellas que podrían conducir al homicidio de su agresor o a miembros de su familia (hijos, padres, hermanos).

Una mujer también se encuentra en riesgo cuando está desorientada en tiempo, espacio y persona, cuando presenta un trastorno agudo de estrés post-traumático, una crisis psicótica, de ansiedad, trastorno demencial, un estado disociativo, entre otros. En todos estos casos se requiere de un sistema de soporte que asuma las facultades que en ese momento ella no está en disposición física o mental de asumir.

⁹ CAPSMMR: "Pautas para el abordaje de víctimas de violencia con riesgo elevado de feminicidio, suicidio y otras situaciones de riesgo. Lima, 2011. MIMDES

INDICADORES ÚTILES PARA EVALUAR RIESGO DE FEMINICIDIO

- Percepción de la mujer de que existe peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos.
- Uso o amenaza de uso de armas, sustancias u objetos potencialmente letales en episodios anteriores de violencia.
- Consumo de sustancias psicoactivas por parte de la pareja.
- Amenazas de muerte a ella y/o sus hijos.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados (el feminicidio tras la decisión de ruptura de la mujer es más frecuente).
- Amenaza y agresión a los familiares, amigos y vecinos.
- Aumento en la frecuencia e intensidad de los episodios violentos.
- Aumento en la gravedad de las lesiones producto de la violencia.
- Agresiones sexuales repetidas.
- Antecedentes criminales y/o psiquiátricos del agresor.
- Existencia de abuso sexual a algún miembro del grupo familiar.
- Lesiones graves, requiriendo incluso de hospitalización.
- Consultas frecuentes a emergencias por accidentes repetitivos.
- Aislamiento creciente de la mujer.
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer a causa de los problemas en la relación.
- Celos extremos, control obsesivo del agresor de las actividades diarias de la mujer, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

SOBRE EL SUICIDIO

Las ideas y actos suicidas son modos de escapar a experiencias de violencia y de odio ante las cuales, las capacidades de afrontamiento de la persona resultan insuficientes. Una mujer que enfrenta una situación de violencia familiar o que está atravesando una depresión severa puede experimentar que no tiene control sobre su cuerpo, mente, pareja, hijos y decisiones. Las experiencias violentas van deteriorando su autoestima y sus recursos personales. La desvalorización o la sensación de minusvalía suele ser tan devastadora que la mujer comienza a atacarse a sí-misma a través de auto-reproches y sentimientos de desprecio que gradualmente van dando paso a una voluntad auto-destructiva.

El intento de suicidio apunta entonces a una tentativa de liberarse de una marcada sensación de indignidad, de una marcada angustia que reduce a nada a la persona, que la hace sentirse un objeto sin vida, sin valor, sin ningún mérito. En muchas ocasiones se suelen emplear términos que apuntan a esta reducción: "Soy como un trapo, un muñeco, algo sin vida, siento algo negro, un abismo, un hueco adentro...". Se busca escapar de ese odio que desde fuera y desde adentro hacen la vida miserable.

En no pocas ocasiones el suicidio enmascara una intención agresiva hacia otros. Se utiliza este recurso extremo para conmover a un entorno que no ha sido lo suficientemente considerado o que no le ha dado suficiente amor. Con mucha frecuencia el motivo es servirse del propio sacrificio para afectar a otro y para mostrarle lo que ha conseguido con su falta de estimación y de aprecio; para provocarle sentimientos de culpabilidad y moverle tal vez a una transformación profunda.

INDICADORES ÚTILES PARA EVALUAR, TANTO EL RIESGO SUICIDA COMO EL RIESGO DE QUE UNA MUJER QUE VIVE EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SE CONVIERTA EN HOMICIDA DE SU AGRESOR Y/O SERES QUERIDOS

INDICADORES DE RIESGO SUICIDA	INDICADORES DE RIESGO HOMICIDA
Presencia de ideas fijas relacionadas con la muerte y/o la autoeliminación.	Presencia de ideas fijas de homicidio o de una combinación de ideas de suicidio y homicidio.
<p>Presencia de una marcada sensación de minusvalía o indignidad, la persona se siente un objeto sin valor o mérito.</p> <p>Presencia de otros signos y síntomas depresivos tales como: aplanamiento afectivo, insomnio persistente, desesperación, ensimismamiento, pensamiento pesimista/desesperanzado, descuido en la higiene personal, sentimiento de derrota o de carencia, angustia desbordada.</p>	<p>Presencia marcada del afecto de odio o rencor contra el agresor y a la vez, sensación de estar atrapada en la relación.</p> <p>Presencia de celos intensos hacia el agresor debido a sus infidelidades. Esto es un indicador importante a tomar en cuenta aunque pueda sorprender por la contradicción de los afectos (¿cómo puede celarlo si es violento con ella?).</p> <p>Presencia de otros signos y síntomas depresivos (desesperación, ensimismamiento, pensamiento pesimista/desesperanzado, descuido en la higiene personal, sentimiento de derrota o de carencias) y de alteraciones en el manejo de los impulsos (expresiones de rabia, peleas no usuales con vecinos).</p>
Presencia de un plan suicida: la mujer refiere luego de una exploración detenida por parte del profesional, que ha conseguido el instrumento con el que puede hacerse daño (veneno, cuerdas, cuchillo, arma de fuego, etc.), que ha guardado este instrumento en su vivienda o lugar al que tenga acceso, ha escrito cartas, ha avisado a familiares o vecinos de sus intenciones, menciona cuál sería la mejor hora, día u ocasión para dañarse.	Presencia de un plan homicida: la mujer refiere luego de una exploración detenida por parte del profesional, que ha encontrado el instrumento con el que puede hacer daño al agresor (veneno, cuchillo, arma de fuego, etc.), que ha guardado este instrumento en su vivienda o lugar al que tenga acceso, ha escrito cartas, ha avisado a familiares o vecinos de sus intenciones, menciona cuál sería la mejor hora, día u ocasión para matar al agresor o a sus hijos, y para luego auto-eliminarse.

<p>Hay que tener en cuenta que no todas las personas que corren riesgo de suicidio tienen un plan elaborado previamente. Existen personalidades con grandes dificultades para el control de impulsos que llegan al acto suicida de un momento a otro, como resultado de un movimiento súbito. En estos casos se deberá estar atento a la intensidad de los indicadores depresivos y al nivel de impulsividad.</p>	<p>Hay que tener en cuenta que no todas las personas que están en riesgo de cometer un homicidio tienen un plan elaborado previamente. Existen personalidades con grandes dificultades para el control de impulsos que llegan al acto homicida de un momento a otro, como resultado de un movimiento súbito. En estos casos se deberá estar atento a la intensidad de los indicadores depresivos, al nivel de hostilidad y de impulsividad.</p>
<p>Presencia de manifestaciones que apuntan a la idea de no tener nada o nadie que le dé sentido a su vida o que la retenga en este mundo, que ya ha decidido quién va a cuidar a sus hijos o familiares cercanos, o que luego de muerta la van a recordar o les va a pesar.</p>	<p>Presencia de manifestaciones que apuntan a la idea de no tener otra alternativa que el homicidio (o la combinación suicidio/homicidio), que ya ha decidido quién va a cuidar a sus hijos o familiares cercanos, que se va a llevar a sus hijos con ella y a que no puede permitir que sufran, que no hay nada que la retenga en esta vida, que el agresor no la va a dejar tranquila nunca y que tiene mucho poder, por lo que sólo le queda eliminarlo.</p>
<p>Antecedentes de intento suicida de la mujer o de algún familiar cercano.</p>	<p>Uso de alcohol o de otras drogas.</p>
<p>Personalidad con trastorno psicótico o con capacidades disminuidas para el control de impulsos (retardo mental moderado, algún trastorno neurofisiológico, etc).</p>	<p>Personalidad con trastorno psicótico o con capacidades disminuidas para el control de impulsos (retardo mental moderado, algún trastorno neurofisiológico, etc).</p>



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

El bienestar social es un derecho humano fundamental que garantiza la dignidad y el desarrollo de todas las personas.

CAPÍTULO IV

LA INTERVENCIÓN¹⁰

CONSIDERACIONES PREVIAS

¿QUÉ ES LO QUE NO DEBEMOS HACER CUANDO INTERVENIMOS CON MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA FAMILIAR?

- Minimizar o justificar la violencia del agresor.
- Criticar la actitud o la poca respuesta de la mujer.
- Quitarle importancia a la sensación de peligro que refiere tener la mujer.
- Citar al agresor cuando la situación es de alto riesgo. Esto puede delatar a la víctima, romper el clima de confianza y de confidencialidad entre el profesional y la mujer, provocar un aumento en la gravedad de las lesiones y poner en peligro la propia integridad.
- Recomendar terapia familiar en situaciones de crisis o de alto riesgo.

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN CON MUJERES QUE SON AFECTADAS POR LA VIOLENCIA PERO QUE NO CORREN UN RIESGO EXTREMO.

- Informar a la mujer de las repercusiones que sobre su salud está teniendo la situación en la que se encuentra.
- Brindar información acerca del fenómeno de la violencia familiar (frecuencia, características del agresor, el ciclo, consecuencias, etc.).
- Informarle sobre los mecanismos de protección a los que puede apelar en caso sea necesario.
- Realizar derivaciones activas a servicios especializados (médicos, psicoterapéutico) en caso sea necesario. La derivación activa abarca desde el establecimiento del contacto con el centro especializado hasta la verificación de que la mujer llegó al mismo.

¹⁰ Programa Nacional contra la Violencia sexual y Familiar. Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer, Abril, 2011. Servicio canario de salud: "Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico", 2003

- Ponerla en contacto con los recursos existentes, según proceda.
- Plantear la elaboración de una estrategia ante una posible situación extrema.

PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE SEGURIDAD CON MUJERES EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO O EN RIESGO DE FEMINICIDIO.

- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra, haciéndola consciente del peligro y construyendo con ella las posibles estrategias a seguir.
- Transmitirle que si bien está en peligro no está sola y se le apoyará en las decisiones que tome.
- Ponerla en contacto con los recursos que sean necesarios (médicos, sociales, psicológicos, legales).
- Realizar informe relatando los hechos para ponerlo en conocimiento de la autoridad competente.
- Informarle sobre los mecanismos de protección a los que puede apelar.

INTERVENCIÓN SEGÚN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

a) Plan de seguridad para mujeres que deciden retirarse de su domicilio

- Ayudarla a analizar su situación familiar y los recursos con los que cuenta para huir.
- Que focalice las personas a las que puede acudir (familiares, amigos).

Recomendarle que lleve consigo:

- Documentación relevante como identificación personal, partida de matrimonio y/o nacimiento, algún documento que demuestre su domicilio (recibo de electricidad o agua), denuncias.
- Ropa y zapatos para ella y sus hijos (por lo menos para un cambio o muda).
- Artículos de aseo personal.
- Juego de llaves de la casa.

- Medicinas (especialmente si ella o sus hijos tienen algún tratamiento que cumplir).
 - Juguetes o algún objeto significativo para sus hijos.
 - Carné de seguro social (si tiene).
 - Número de cuentas bancarias.
 - Números de teléfonos importantes.
 - Algo de dinero.
 - Tarjeta telefónica o monedas para realizar llamadas.
 - Cosas de valor.
- Recordarle que no debe darle al agresor ni información, ni indicios de sus planes y que evite acudir a los lugares en los que pueda encontrarse con él.
 - Informarle de los recursos de apoyo (legales, sociales, etc.) con los que cuenta en la zona.
 - Ofrecer apoyo y seguimiento, mostrar interés por volver a verla o saber de ella más adelante.

b) Plan de seguridad para mujeres que deciden permanecer en su domicilio

- Recomendarle que registre la casa para que esconda las armas y todos los objetos punzo cortantes.
- Hacer con la usuaria un listado de personas de confianza que vivan cerca con las que pueda coordinar para que estén pendientes de ella.
- Determinar si, dentro de las personas aliadas, existe una en cuya casa se pueda quedar en caso de emergencia. Asegurarse que la mujer conoce la dirección y cómo llegar a la misma incluso si es de noche.

Recomendar que esconda una bolsa en casa de alguien de confianza con lo siguiente:

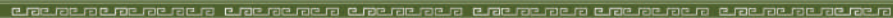
- Ropa y zapatos para ella y sus hijos.
- Artículos de aseo personal.
- Juego de llaves de la casa.
- Medicinas (especialmente si ella o sus hijos/as tienen algún tratamiento que cumplir).
- Juguetes o algún objeto significativo para sus hijos/as.



- Indicarle que si no puede huir antes del inicio del ataque, debe intentar pedir ayuda por cualquier medio: llamar a la policía, familiares, amigos, amigas o vecinos gritando tan alto como pueda.
- Concertar una cita de seguimiento para continuar la intervención que en lo sucesivo irá encaminada a fortalecer aquellas áreas que le dificulten la toma de decisiones.
- Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de ella y los menores, si existen.
- Informarle de los recursos de apoyo (legales, sociales, etc.) con los que cuenta en la zona.
- Hablar con ella sobre la necesidad de estar alerta y crearse un escenario de protección para ella y sus hijos, así como las medidas a tener en cuenta si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente.

c) Plan de seguridad para mujeres que se retiraron de sus domicilios o cuyos agresores ya no viven en la casa, pero que continúan en situaciones de riesgo.

- Informar a la mujer de la existencia de medidas legales y mecanismos de protección existentes.
- Ponerla en contacto con los recursos locales mediante derivaciones activas que incluyan desde la llamada telefónica al centro de referencia hasta la verificación de que la mujer llegó al mismo.
- Recomendarle que enseñe a sus hijos cómo protegerse o a quién acudir para pedir ayuda.
- Recomendarle que no acepte ningún tipo de comunicación con su acosador/agresor.
- Recomendarle que, en la medida de lo posible, no esté sola tanto en su domicilio como fuera de él.



PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN CON MUJERES, TANTO EN SITUACIONES DE RIESGO SUICIDA COMO EN SITUACIONES DE RIESGO DE CONVERTIRSE EN HOMICIDAS DE SU AGRESOR Y/O SERES QUERIDOS

PAUTAS ANTE EL RIESGO SUICIDA	PAUTAS ANTE EL RIESGO HOMICIDA
<p>Facilitarle que ponga en palabras sus afectos y sentimientos aunque sean contradictorios y alarmantes para el profesional (plan para suicidarse por ejemplo). Es importante escuchar, promover la descarga afectiva y transmitir empatía y confianza.</p>	<p>Facilitarle que ponga en palabras sus afectos y sentimientos aunque sean contradictorios y alarmantes para el profesional (plan para aniquilar al agresor o menores por ejemplo). Es importante escuchar, promover la descarga afectiva y transmitir empatía y confianza.</p>
<p>Si el riesgo suicida es alto, especialmente cuando se observa que la mujer está enfocada en un plan suicida, es obligación del profesional conversar con algún miembro de la familia acerca de la situación y coordinar activamente el internamiento o manejo psiquiátrico de la situación de la usuaria. La coordinación activa abarca desde el establecimiento del contacto con el centro especializado hasta la verificación de que la mujer llegó al mismo.</p>	<p>Si el riesgo homicida es alto, especialmente cuando se observa que la mujer está enfocada en un plan determinado, es obligación del profesional conversar con algún miembro de la familia acerca de la situación y coordinar activamente el internamiento o manejo psiquiátrico de la situación de la usuaria. La coordinación activa abarca desde el establecimiento del contacto con el centro especializado hasta la verificación de que la mujer llegó al mismo.</p>
<p>Si el riesgo suicida es moderado se debe alertar igualmente a los familiares o redes de soporte que puedan apoyarla, y coordinar activamente la derivación a servicios especializados de psicología y psiquiatría. La coordinación activa abarca desde el establecimiento del contacto con el profesional o centro que pueda atender a la usuaria, hasta la verificación de que la mujer llegó al servicio.</p>	<p>Si el riesgo homicida es moderado se debe alertar igualmente a los familiares o redes de soporte que puedan apoyarla, y coordinar activamente la derivación a servicios especializados de psicología y psiquiatría. La coordinación activa abarca desde el establecimiento del contacto con el profesional o centro que pueda atender a la usuaria, hasta la verificación de que la mujer llegó al servicio.</p>

EL APOYO EMOCIONAL

LA CONSEJERÍA¹¹

La consejería es una modalidad de apoyo terapéutico que favorece que los usuarios logren una mayor comprensión de la situación o problema que presentan, y superen algunos obstáculos que impiden el alivio y/o la resolución de dicha dificultad. La consejería puede ser llevada a cabo no sólo por psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales, sino por personas debidamente capacitadas.

CARACTERÍSTICAS O CUALIDADES QUE DEBEN TENER LAS PERSONAS QUE REALIZAN CONSEJERÍAS

- Interés genuino en observar, escuchar y ayudar a otro.
- Actitud neutral. Escuchar sin opinar a favor o en contra y sin emitir juicios de valor, teniendo en cuenta y respetando las diferencias culturales. Esto no implica que el consejero no se pueda pronunciar ante cualquier acto que violente la integridad física, mental o sexual de la mujer – o de cualquier ser humano.
- Empatía o capacidad para “ponerse en los zapatos del otro”, y hacerle sentir que se le está escuchando y comprendiendo. La empatía no significa identificarse o mezclarse con el sufrimiento ajeno; si esto sucede resultaría muy difícil el trabajo de apoyo y además, sería contraproducente para el bienestar del consejero.
- Flexibilidad para acercarse afectivamente al problema de la mujer asistida y en otros momentos, alejarse emocionalmente para escucharla con objetividad.
- Ética, toda la información recibida por el consejero será usada para beneficio de la mujer asistida y no para fines personales, económicos, políticos o menos para alimentar habladurías en ámbitos grupales o comunitarios.
- Conocer cuándo se trata de un problema que requiere de una derivación a servicios especializados.

11

CAPS-MMR (2012). “Atención integral a mujeres que viven relaciones de pareja y/o familiares violentas.”

ETAPAS DE LA CONSEJERÍA

1. ETAPA INICIAL

Encuadre de las sesiones:

- Se orienta a la usuaria acerca del uso que tendría el espacio de consejería y se subraya la confidencialidad del mismo. Ejemplo: "En esta reunión usted puede contar lo que le está preocupando, yo la voy a escuchar y tratar de ayudar. Lo que diga va a quedar entre nosotros. Al final, veremos si es que son necesarias más reuniones para ayudarle con el problema que le preocupa."
- El tiempo promedio de la primera sesión es de una hora, pero se puede brindar un tiempo adicional en los casos que se considere necesario y/o en aquellos en que se sabe no van a regresar. La sesión no debe excederse de la hora y media.

En las siguientes sesiones el tiempo referencial es de 45 minutos.

La escucha atenta del motivo de consulta

- No interrumpir el relato durante los primeros 10 minutos, a menos que se necesite realizar preguntas que ayuden a comprender mejor la relación violenta: quién, cómo, desde cuándo, dónde.
- Facilitar el desahogo de los afectos y contener emocionalmente a la usuaria. El o la consejera deberá evitar comentarios o actitudes defensivas que inhiban a la persona atendida o que repriman sus emociones.

2. ETAPA INTERMEDIA

Comprensión del problema

- Hay que tener en cuenta que la queja inicial de la mujer no siempre es la razón central del pedido de ayuda. Puede empezar hablando de manera muy general, de otras personas o dar muchos detalles sin que se pueda distinguir entre lo fundamental y lo accesorio.
- El consejero preguntará con cuidado teniendo en cuenta el ritmo y la emo-

tividad de la mujer. Algunas pautas son: preguntar sobre aquellas cosas que no han quedado claras o por aquellas que pueden ser importantes pero que han sido dichas de una manera tangencial. Refrasear lo que la mujer está diciendo para que ella confirme si lo que está entendiendo el consejero(a) es lo que ella intenta decir.

- Una vez que se tenga un grado de claridad acerca del motivo de consulta, se le solicita a la mujer que complete la Escala de Bienestar (SRQ).
- El consejero le pedirá luego a la mujer unos minutos de permiso para leer los ítems. Posteriormente, se referirá a los que ha leído diciéndole, por ejemplo: "Muy bien, como podemos ver usted ha marcado algunas cosas que no van del todo bien y que le están preocupando. Vamos a hablar de ello".

INTERVENCIÓN SOBRE EL PROBLEMA

En esta fase el consejero ya debe tener una clara impresión sobre:

- La etapa de cambio en la que se encuentra la mujer asistida
- Los síntomas que alteran el nivel de funcionamiento
- El nivel de riesgo en que se encuentra
- Los obstáculos que no le permiten percibir el problema de otra manera y darle solución.

INTERVENCIÓN SI LA MUJER SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA PRE-CONTEMPLATIVA

- Éstos son los casos que se presentan con frecuencia en la consulta. Son mujeres que no tienen una clara motivación de cambio, acuden ya sea porque las han enviado de otras instituciones, o porque piensan que son sus hijos u otras personas de la familia los que tienen problemas. También es frecuente que se acerquen a las sesiones para que el consejero hable con la pareja, le llame la atención o que haya alguna sanción social que lo haga cambiar de actitud. Son mujeres que no están en disposición de realmente cuestionar la situación de violencia en la que viven.
- El problema de fondo es que la mujer puede sentir que la situación de violencia en la que vive es "normal" ya que en su familia de origen sucedía lo mismo, que ella es la culpable, que no hace lo suficiente, o tiene la esperanza que la pareja y la situación cambien.
- Existen patrones comunes: dependencia emocional, temor a que la pareja

se moleste y tome represalias si es que ella toma una actitud más autónoma (le quite a los hijos o la casa), el dinero se usa como medio de presión o chantaje sexual, abuso sexual contra las hijas o hijos.

LAS INTERVENCIONES ESTÁN DIRIGIDAS A:

- Favorecer la toma de conciencia sobre el problema o incrementar el grado de la misma: por qué cree ella que sucede esto, cuáles son los patrones, cómo se da el ciclo de violencia. Se inicia la evaluación de las ventajas y desventajas de estar en una relación violenta.
- Crear un espacio de soporte y empatía que favorezca la descarga emocional y la comprensión de la situación.

CONTENIDOS DE LAS INTERVENCIONES:

- Cuestionamiento de la normalidad del abuso. Se explicita que la violencia es indigna, inaceptable, que constituye una falta a los derechos y en muchas ocasiones, un delito. No neutralidad.
- Exploración empática de detalles del patrón violento (físico, psicológico o sexual) para que la mujer se escuche a sí misma relatando la violencia en la que vive.
- Se enfatiza que la situación que vive no es culpa de ella. Énfasis en el autocuidado.
- Relacionar situación de abuso con el costo en su salud física y emocional (Escala SRQ).
- Explicitar el ciclo de la violencia para fortalecer criterio de realidad cuando describe "los buenos momentos".
- Es clave escuchar y tratar de identificar qué podría motivar a la mujer a realizar cambios: que las hijas no repitan lo que ella está viviendo, que se ha enterado del abuso sexual contra alguna de sus hijas siendo el victimario la pareja, quiere obtener un grado mayor de autonomía, etc. El consejero puede reforzar esa motivación, por más tenue que sea.
- Dosificar las intervenciones para no abrumar a la mujer. No realizar largos discursos a modo de una clase, es preferible ir dando "ideas fuerza" progre-

sivamente, siempre observando la reacción de la mujer asistida.

PAUTAS PARA INTERVENIR CUANDO LA USUARIA QUIERE TRAER A UN FAMILIAR:

- Se debe aceptar que la mujer asistida invite a la sesión a quien estime pertinente.

Algunas pautas para la sesión con la mujer y su familiar:

- Recoger información acerca del vínculo y cómo este guarda relación con el problema presentado.
- Preguntar al familiar sobre lo que piensa de la situación y sobre el rol de la mujer en la misma.
- Preguntar al familiar lo que siente hacia la mujer.
- Reiterar los contenidos básicos de la etapa pre-contemplativa confrontando a la pareja de la mujer si es necesario.
- Se le dice a continuación al familiar que quiere tener unos minutos a solas con la mujer asistida.
- Continuar clarificando con ella el patrón de violencia en el que vive.
- Acordar una siguiente cita a solas con la mujer, aunque si se observa insistencia por parte de ella, acceder a que el familiar regrese, recordándole que si éste no quiere regresar es importante que ella sí acuda a su cita.

SI LA MUJER ESTÁ EN UNA ETAPA CONTEMPLATIVA

En esta etapa, la secuencia de cambio de la mujer se puede describir de la siguiente manera:

1. Él va a cambiar. Yo puedo cambiarlo.
2. Él no va a cambiar. Yo no puedo cambiarlo
3. Sólo va a cambiar aquello en lo que yo cambie.
4. Yo quiero cambiar, pero no puedo.
5. Yo voy a cambiar.

Las intervenciones están dirigidas a:

- Profundizar la toma de conciencia del abuso en el que vive, facilitar la descarga emocional, mejorar su auto-evaluación y la evaluación de su entorno familiar, amical y social.
- Es importante referir a la mujer a grupos de soporte/auto ayuda, talleres tera-

péuticos, y a la vez consolidar la continuidad del vínculo de confianza con el consejero.

- Se apoya progresivamente la búsqueda de conductas alternativas y el desarrollo de actitudes asertivas.
- El consejero está consciente de la ambivalencia de la mujer en esta etapa (el péndulo: quiero estar/no quiero estar con la pareja) y, sin confrontar o criticar su ambivalencia, debe favorecer la superación de la misma.
- Ayudar a que la mujer haga la evaluación de las ventajas y desventajas de dejar la relación abusiva.
- Reforzarlas ventajas del cambio. Analizar obstáculos para el mismo.
- Evaluar las consecuencias de su decisión de dejar la relación violenta en su red familiar, amical y social.
- Contrastar sus expectativas de futuro con su forma de vida actual.
- El consejero deberá dosificar las confrontaciones y no abusar de la pedagogía o argumentaciones. Tampoco exigirle a la mujer que tome decisiones y acciones para las que todavía no está preparada. De haber un lado impaciente en el o la profesional, considerar que su rol es precisamente acompañar a la mujer asistida en el proceso de resolver su ambivalencia.
- Uso de cartillas informativas para esta etapa de cambio.

Contenidos de las intervenciones:

- Señalar la responsabilidad que le atañe a la mujer por sostener una relación violenta.
- Señalar los patrones enraizados que están dentro de ella y que favorecen la tolerancia a una relación violenta.
- Cuestionar su esperanza acerca del posible cambio en la pareja y la convicción de que ella debe seguir soportando la situación.
- Cuestionar la obediencia a la pareja (ej.: la mujer evita cualquier acto que su pareja no apruebe).

- Incrementar en ella el sentimiento de injusticia.
- Reforzar los actos que la lleven a una mayor autonomía: dedicar más tiempo para sí misma, hacer algo placentero, etc.

ETAPAS MÁS AVANZADAS DE CAMBIO.

Las intervenciones están dirigidas a:

- Valorar los avances y los esfuerzos que la mujer está haciendo para vivir una vida libre de violencia.
- Indicarle que no se aísle y que busque apoyo en las personas de confianza.
- Evitar criticarla o culparla en caso de "recaída". Recordarle que, aunque se encuentre en una etapa avanzada, aún está inmersa en un proceso de cambio y que seguramente necesita convencerse de que "ya lo intentó todo".
- Referirla a servicios especializados de consejería psicológica (Ver Anexo 1), diciéndole que en esta etapa necesita ayuda profesional para consolidar su decisión.

3. CIERRE DE LA SESIÓN Y SEGUIMIENTO

- El consejero(a) debe tener presente el tiempo de la sesión. Faltando un promedio de cinco a diez minutos, puede aludir al cierre sin brusquedad.
- Reforzar las capacidades de la mujer asistida y su colaboración durante la sesión.
- Hacer una síntesis de lo trabajado resaltando los aspectos más importantes.
- Empatizar con los desafíos y cambios pequeños o grandes que desea hacer para sentirse mejor.
- En caso la mujer continúe asistiendo, señalar que los cambios más profundos se logran con un trabajo sostenido y de varias sesiones.

- Establecer el horario de la siguiente cita. Explorar su consentimiento a visitas domiciliarias.
- De ser recomendable, hacer las derivaciones a otros profesionales del equipo, a instituciones de salud, CEM, servicio de psiquiatría.
- En caso que la persona no muestre compromiso de regresar, se le manifiesta la más sincera preocupación por su bienestar (sin angustiarse, culpabilizar o descalificar a la usuaria), se le ofrece el espacio para cuando ella quiera retomarlo y se le dice que sería importante que regrese a otra sesión el mes siguiente, para ver cómo sigue su situación. Si no acude a dicha cita, realizar una llamada telefónica o visita domiciliaria.
- Se le entrega un folleto de sensibilización con contenidos informativos acerca del impacto de la violencia en la salud mental de las mujeres.

Quando se interviene en un caso de violencia familiar, recordar que se forma parte de un conjunto de instituciones que abordan la misma situación, que no se trabaja solo o sola y que existen otros recursos con los que se deberá estar en contacto.

En caso sea necesario intervenir con el agresor, tener en cuenta:

- Hablar con un tono calmado y seguro, sin juzgar.
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar. Abordar el problema hablando francamente. Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Ofrecer derivarlo a tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos: ofertar servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).
- No darle nunca la dirección de la casa de refugio de su pareja.



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

El bienestar social es un derecho humano fundamental que garantiza la dignidad y el desarrollo de todas las personas.

CAPÍTULO V

PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR

OBSTÁCULOS MÁS FRECUENTES QUE EXISTEN EN LOS PROFESIONALES, PARA INTERVENIR EN LOS CASOS DE VIOLENCIA

- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Haber tenido experiencias personales respecto a la violencia familiar. Sensación de impotencia y/o frustración.
- Desconocimiento de estrategias para el manejo de estas situaciones por falta de formación y entrenamiento.
- No comprender por qué las mujeres afectadas no abandonan a su agresor.
- Miedo a empeorar la situación, a las posibles crisis de llanto e incluso miedo por la seguridad de la mujer.
- Miedo por la propia integridad.

Aún en la actualidad se puede detectar la presencia de mitos y prejuicios entre los profesionales que abordan este complejo fenómeno. Ofrecemos un listado de los más comunes así como una respuesta alternativa a cada uno de ellos.

MITO	RESPUESTA
Las mujeres en situación de violencia son una minoría de la población.	Los estudios evidencian que más del 30% de las Mujeres han recibido alguna forma de agresión física por sus parejas o exparejas.
La violencia familiar es un problema de los más pobres solamente.	La violencia familiar se produce en todas las clases sociales sin distinción de raza, nivel educativo o creencia religiosa. Aunque se denuncia menos en sectores económicos medios y altos, las mujeres de mayor educación también están expuestas a la violencia.
La violencia familiar es un problema privado o doméstico.	La violencia familiar es un problema social y de salud pública, está asociada con el aumento del alcoholismo, las adicciones, la delincuencia juvenil, el suicidio y la fuga del hogar.
La violencia familiar es natural, hombres y las mujeres han peleado siempre.	En todas las relaciones de pareja hay conflictos pero no todos apelan a la violencia como forma de resolverlos. No hay evidencias que apunten a que el maltrato sea una salida natural a los problemas.
Las mujeres maltratadas son locas, provocan y disfrutan del maltrato.	Ni las mujeres ni nadie merecen el maltrato. Ellas no están locas ni disfrutan de la violencia. Generalmente lo que sienten es miedo, impotencia, debilidad y vergüenza. Si mantienen la relación es porque, generalmente, siguen ilusionadas con el posible cambio de su pareja.

<p>Si la mujer maltratada realmente quisiera, podría dejar a su agresor.</p>	<p>Romper una relación violenta es un proceso lento y complejo, implica modificaciones psíquicas profundas que no se dan de un momento a otro. A veces hay razones económicas, culturales o religiosas que hacen que la mujer se mantenga dentro de la relación.</p>
<p>Los celos o el control excesivo del hombre son pruebas de que ama realmente a la mujer. Por extensión se puede afirmar entonces que "mientras más me pegas más me quieres"</p>	<p>Los celos, el control excesivo o cualquier otra expresión de maltrato no tienen nada que ver con el amor. Son más bien muestras de que el hombre está convencido de que la mujer es un objeto de su propiedad, y que puede conducirse sin necesidad de respetarla.</p>
<p>La violencia familiar es provocada por el alcohol y las drogas.</p>	<p>El alcohol y las drogas no siempre producen violencia en todos los hombres. Estos pueden ser factores de riesgo y son problemas que hay que tratar por separado.</p>
<p>Los hombres que maltratan a sus mujeres están enfermos y no son responsables por sus acciones.</p>	<p>Los hombres que maltratan a sus mujeres o a sus hijos pueden ser sumamente seductores y agradables, excelentes vecinos y cumplidores en el trabajo. Si realmente estuvieran enfermos serían violentos no sólo dentro del hogar, sino también fuera de él.</p>
<p>Los hombres violentos nunca cambian.</p>	<p>Los hombres que golpean pueden aprender a ser responsables de su propio comportamiento y aprender modos no violentos de actuar o comunicarse, si es que son conscientes de su problema y quieren solucionarlo.</p>

El hombre tiene derecho a corregir a la mujer

Esto es una expresión muy arraigada de un estereotipo de género que apunta a considerar a la mujer como un objeto de la propiedad del varón.

El proceso de formación y capacitación continua de los y las profesionales que trabajan de manera cercana a este tema, debe incluir el cuestionamiento y superación de los prejuicios y actitudes anteriormente descritas.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que el trabajo relacionado con la violencia contra la mujer es altamente complejo y puede afectar física y psíquicamente a los que brindan la atención.

62

ALGUNAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS QUE EL TRABAJO GENERA EN LOS PROFESIONALES Y CÓMO ENFRENTARLAS

Contaminación emocional:

Se refiere al exceso de implicación personal que aparece en el profesional con respecto a la persona que atiende.

Se debe buscar siempre una adecuada distancia terapéutica con la afectada, para ello el entrenamiento y la capacitación continua es sumamente importante.

Sobre identificación:

El profesional se identifica con la mujer sintiéndose obligado a tomar decisiones por ella o a intentar que ella las acepte, aun cuando perciba que la usuaria no es capaz de llevarlas a cabo.

Además de lo comentado en el punto anterior, es necesario el logro de una actitud de respeto por la propia evolución de la mujer, apoyándola en todo su proceso de cambio y toma de decisiones.

Fracaso:

La ausencia de resultados en muchos de los casos, a pesar del tiempo y esfuerzo dedicado, crea una sensación de frustración en el profesional que puede llevarle

a intervenir desde el escepticismo o la apatía, restando efectividad a cualquier intervención.

Para minimizarlo es necesario que el profesional realice una definición realista de los objetivos y metas a alcanzar y asuma que su papel forma parte de una estrategia mucho más amplia de intervención, que incluye a otros sectores y profesionales.

Quemarse (burn-out):

Aparece como consecuencia de todo lo anterior, cuando se desequilibran las expectativas del profesional y la realidad del trabajo diario.

Se recomienda:

- Debatir y compartir la información con profesionales fuera del equipo y/o de diferentes instituciones.
- Buscar espacios de formación continua.
- Conocer cuáles son los propios límites y las mayores dificultades que tenemos (por ejemplo, hasta dónde puedo trabajar con esta persona, si no es más favorable que la vea otra profesional, etc.)



Bienestar: Inclusión social, libre de violencia

El bienestar social es un derecho humano fundamental que garantiza a todas las personas una vida digna y libre de violencia.

CAPÍTULO VI

RECURSOS LEGALES

CONSIDERACIONES PREVIAS

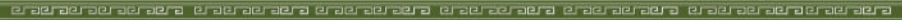
La violencia familiar es un problema multicausal que requiere de la intervención interdisciplinaria y coordinada de diferentes instituciones. De acuerdo al TUO de la Ley N°26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar y su reglamento, existen diversas instancias responsables de la atención de esta problemática: Policía Nacional del Perú, Ministerio Público, Poder Judicial, DEMUNAS, Centros de Emergencia Mujer y Centros de Salud.

Para contribuir con la resolución del problema de violencia contra la mujer, las y los proveedores de servicios públicos tienen la responsabilidad de intervenir diligentemente, de acuerdo a sus funciones y competencias:

POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ

- Recibir la denuncia de manera verbal o escrita, sin exigir pruebas de agresión visibles como heridas o fracturas.
- Realizar las investigaciones preliminares dentro de las 24 horas.
- Expedir el oficio para el reconocimiento Médico Legal en el Instituto de Medicina Legal o Centros de Salud Públicos reconocidos por el Ministerio de Salud.
- Poner en conocimiento de la Fiscalía Provincial de Familia, Juez de Paz o Fiscal Provincial en lo Penal o Mixto, el hecho de violencia.
- Brindar auxilio inmediato si la víctima se encuentra en peligro.
- Detener al agresor en caso de flagrante delito.

Las denuncias pueden ser formuladas por la víctima o cualquier persona que conozca de estos hechos. Podrán ser presentadas en cualquier delegación policial o en las Fiscalías Provinciales de Familia o Mixtas. No es necesario contar con un abogado o abogada para formular la denuncia.



MINISTERIO PÚBLICO

- Recibir las denuncias escritas o verbales sobre violencia familiar. Actuar de oficio si conoce de hechos de violencia familiar. Recibir los atestados policiales sobre violencia familiar.
- Dictar las medidas de protección cuando la situación así lo exija.
- El Fiscal podrá acceder a cualquier lugar, sin necesidad de una orden judicial, donde exista peligro de que ocurra una situación de violencia familiar.
- Ordenar el reconocimiento médico legal especialmente si existe una agresión sexual.

Las medidas de protección inmediatas se otorgan a solicitud de la víctima o por orden del Fiscal. Incluyen el retiro del agresor del domicilio, impedimento de acoso a la víctima, la suspensión temporal de visitas, y otras que garanticen la integridad física, psíquica y moral de las víctimas.

66

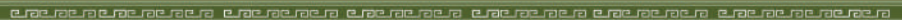
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER

- Atender los casos de violencia familiar y sexual. Brindar asesoría y acompañamiento legal gratuito. Brindar apoyo psicológico.
- Brindar información en materia de salud sexual y reproductiva.
- Derivar y poner en conocimiento a la Fiscalía Provincial de Familia o Fiscalía Provincial Penal, cuando los hechos lo ameriten.

También se puede solicitar ayuda y orientación legal gratuita en las DEMUNAS y Consultorios Jurídicos Gratuitos del Ministerio de Justicia.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

- Proporcionar las pruebas periciales, científicas y técnicas necesarias dentro de una investigación o proceso judicial.
- Realiza la revisión de las víctimas de violencia derivadas por la Policía Nacional y/o Fiscalías Especializadas.
- Expide los certificados médico legales.



Los certificados de salud física y mental que expidan tanto los médicos de los establecimientos de salud del Estado, como el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud - ESSALUD y las dependencias especializadas de las municipalidades provinciales y distritales, tienen valor probatorio. La expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, son gratuitos.

HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

- Identificar las situaciones de riesgo a través de sus servicios de atención. Detectar oportunamente los casos y realizar la atención especializada a la persona afectada.
- Brindar consejería e informar sobre los derechos que le asisten a las mujeres en situación de violencia.
- De ser el caso, referir y derivar a las mujeres a los servicios que el caso amerite, poniendo en conocimiento a las autoridades competentes.

67

Toda mujer en situación de violencia tiene derecho a:

- La atención gratuita, sin discriminación y de calidad.
- La información del trámite de su denuncia.
- La gratuidad de los exámenes médicos y pericias de ley.
- Acceder a la copia de la denuncia y atestado policial.
- La defensa jurídica gratuita.
- Las medidas de protección en la fiscalía de familia.

DEFENSORÍA MUNICIPAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (DEMUNA)

La defensoría del Niño y Adolescente es un servicio público municipal encargado de la Promoción y defensa de los derechos del niño, la niña y adolescente en caso de maltratos o abuso. Es una instancia administrativa de resolución de conflictos familiares en las materias de alimentos, tenencia y régimen de visitas, mediante la Conciliación Extrajudicial entre las partes en conflicto. Son instancias encargadas de la promoción, difusión y vigilancia de los derechos de las personas de la comunidad, especialmente de los niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Funciones:

- Conocer la situación de los niños y adolescentes que se encuentran en instituciones públicas y privadas.
- Intervenir cuando se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos para hacer prevalecer el principio del interés superior.
- Promover el fortalecimiento de los lazos familiares. Para ello puede efectuar conciliaciones extrajudiciales entre cónyuges, padres y que no existan procesos judiciales sobre estas materias.
- Conocer acerca de la Colocación Familiar.
- Fomentar el reconocimiento voluntario de la filiación.
- Coordinar programas de atención en beneficio de los niños y adolescentes que trabajan.
- Brindar orientación multidisciplinaria a la familia para prevenir situaciones críticas, siempre que no exista procesos judiciales previos.
- Denunciar ante las autoridades competentes las faltas y delitos cometidos en agravio de los niños y adolescentes.

PODER JUDICIAL

- Procede sólo ante la violencia física y cuando las lesiones son menores a 10 días de atención facultativa, según el certificado médico legal.
- Realizar una audiencia de esclarecimiento de hechos, tomar las declaraciones de ambas partes (mujer agredida y agresor) y otras pruebas.
- Sentenciar, sancionar al agresor y dictaminar medidas de protección.

JUZGADO MIXTO

- Determinar si ha existido o no violencia.
- Realizar audiencia única (citan a ambas personas, tanto a la mujer violentada como al agresor).
- Dictar sentencia, donde se establecen las medidas de protección: retiro del agresor del hogar, la suspensión temporal de la cohabitación (vivir juntos). El cese e impedimento de nuevos hechos de violencia, entre otros, como la reparación del daño y tratamiento psicológico a las partes (tanto a la mujer como al agresor).

ARTICULOS, DEL CÓDIGO DE ÉTICA QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA

LEY GENERAL DE SALUD, LEY N°26842,

TÍTULO II

DE LOS DEBERES, RESTRICCIONES Y RESPONSABILIDADES EN CONSIDERACION A LA SALUD DE TERCEROS

CAPÍTULO I

Del Ejercicio De Las Profesiones Médicas y Afines De Las Actividades Técnicas y Auxiliares En El Campo de La Salud

Artículo 30°: El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

CAPÍTULO 6

DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 90° El médico debe guardar reserva o la confidencialidad sobre el acto médico practicado por él o del que hubiere podido tomar conocimiento en su condición de médico consultor, auditor o médico legista. Este deber se extiende a cualquier otra información que le hubiere sido confiada por el paciente o por su familia con motivo de su atención o de su participación en una investigación. La muerte del paciente no exime al médico del cumplimiento de este deber.

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ CÓDIGO DE ÉTICA

TÍTULO IV CONFIDENCIALIDAD

Art.21 La información recibida en ejercicio de la profesión se revela sólo después de las más cuidadosas deliberaciones y cuando hay peligro claro e inminente para un individuo o la sociedad y únicamente a profesionales adecuados o a las autoridades públicas competentes.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA PROFESIONAL DEL COLEGIO DE OBSTETRICES DEL PERÚ

CAPÍTULO IX SECRETO PROFESIONAL

Artículo 76° Es un derecho y un deber moral guardar el secreto profesional, respetando la buena fe y confianza de la persona, al recibir de esta una confidencia. Sólo podrá quebrarse el secreto profesional por mandato judicial.

Artículo 77° La condición patológica de la paciente, y el pronóstico y diagnóstico de las enfermedades, solo podrán ser dadas cuando se trate de proteger a la sociedad o cuando represente un perjuicio para la paciente.

COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DEL PERÚ CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL

SECCIÓN SEGUNDA ACTOS EN RELACIÓN A SU PROFESIÓN

Artículo 09°: Asumir su responsabilidad en la defensa de los Derechos Humanos y en la denuncia de los hechos de evidente violación.

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS LOCALES REGIÓN JUNÍN

INSTITUCIONES	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIOS
Centro de Emergencia Mujer Chilca.	Jr. Nicolás de Piérola N° 204, con Cesar Vallejo, Chilca	#889084 064 - 222971	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Área de Mujer Municipalidad Distrital de Chilca.	Av. Huancavelica N° 606	#820053	Lunes - Sábado 8:00 am – 1:00 pm
Centro de Emergencia Mujer de Huancayo.	Jr. Cuzco N° 1590 (costado del Hospital Daniel Alcides Carrión)	216655	Lunes – Viernes 8:00 am – 4:15 pm
División de Familia de Huancayo DIVFAM-PNP.	Av. Giráldez N° 574	219850	Las 24 horas
Ministerio de Justicia (conciliación extrajudicial).	Jr. Julio C. Tello N° 441, 2° piso, El Tambo – Huancayo	201840	Lunes – Viernes 8:00 am – 1:00 pm y 2:45 – 5:45 pm
Ministerio Público.	Jr. Isabel Flores de Oliva cuadra 3 – Urb. Salas El Tambo, Huancayo	244246	Lunes – Viernes 8:00 am – 3:30 pm
Policía Nacional del Perú – Hyo.	Av. Ferrocarril N° 555, Huancayo	211653	Las 24 horas
Comisaría de Chilca.	Pasaje San Andrés N° 180	200225	Las 24 horas

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS LOCALES
REGIÓN JUNÍN

INSTITUCIONES	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIOS
Defensoría del Pueblo.	Jr. Francisco Solano N° 149 Urb. San Carlos, Huancayo	232134	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Puesto de Salud de Ocopilla.	Pasaje Los Álamos N° 145	212737	Lunes – Sábado 7:30 am – 1:00 pm
CLAS La Esperanza.	Jr. Manuel Scorza N° 512 (cerca al Parque Peñaloza)	214527	Lunes – Sábado 7:30 am – 1:00 pm
Hospital El Carmen.	Jr. Puno N° 911, Huancayo	215332	Las 24 horas
Hospital Daniel Alcides Carrión.	Av. Daniel Alcides Carrión N° 1556, Huancayo	232222	Las 24 horas
Microred de Salud de Chilca.	Av. Humboldt N° 900	211262	Las 24 horas
Demuna Chilca.	Av. 9 de Diciembre N° 404, Chilca	203537	Lunes- Viernes 8:00 am – 1:30 pm y 3:00 – 5:00 pm
Demuna Huancayo	Ex Coliseo Municipal N° 148	600414	Lunes – Viernes 8:00 am – 1:30 pm y 3:00 – 5:00 pm
Colegio de Psicólogos	Jr. Alejandro O. Deustua N° 555 (esquina con Jr. La Paz)	064 – 603968 RPM - #958006071	Lunes – Viernes 9:00 am – 1:00 pm y 3:00 – 5:00 pm

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS LOCALES REGIÓN JUNÍN

Instituciones	Dirección	Teléfono	horarios
Colegio de Abogados.	Jr. Arequipa N° 734	064-231881	Lunes – Viernes 9:00 am – 1:00 pm y 4:00 – 8:00 pm
Corte Superior de Justicia de Junín.	Jr. Parra del Riego N° 400, El Tambo	064-246780	Lunes – Sábado 7:45 am – 3:00 PM
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER A NIVEL REGIONAL			
Chanchamayo	Jirón Arequipa N° 564 - 566 La Merced	064-531234 RPC: 986686714	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Chupaca	Jr. Grau s/n, 1er Piso (costado de Reniec)	064-417104 RPC: 986686702	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Concepción	Jr. 9 de Julio s/n - (Plataforma del Mercado Modelo)	064-761697 RPC: 986686705	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Jauja	Jr. Huáscar N° 999	064-362060 RPC: 986686698	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Tarma	Jr. Amazonas 2do piso (Mercado Modelo)	064-321162 RPC: 986686711	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm

INSTITUCIONES	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIOS
Satipo	064 - 761697 RPC: 986686705	064 - 761697 RPC: 986686705	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
Yauli – La Oroya	064 - 391338 RPC: 986686692	064 - 391338 RPC: 986686692	Lunes - Viernes 8:00 am – 4:15 pm
PODER JUDICIAL A NIVEL REGIONAL			
DEPENDENCIA DE CHANCHAMAYO/ PERENÉ			
1° SALA MIXTA - La Merced/ Chancha- mayo	Jr. Amazonas y Palca - La Merced	064 - 532550 064 - 531804	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Perené/ Perené	Av. Esperanza S/N PERENÉ	064 - 544031	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Pichanaqui/ Pichanaqui	Micaela Bastidas N° 239	064 - 347458	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
DEPENDENCIA DE CHUPACA			
Juzgado Mixto/ Chupaca	Jr. Grau N°100 Edif. 5 de Enero 2do Piso	064 - 439036	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
DEPENDENCIA DE CONCEPCIÓN			
Juzgado Mixto/ Concepción	Leopoldo Peña LT.170 - Concepción	Central 064 - 581592 Anx. 40703	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm

PODER JUDICIAL A NIVEL REGIONAL

DEPENDENCIA DE HUANCAYO

1º Juzgado de Paz Letrado/ Huancayo	Calle San Juan N°346 San Antonio	064 - 218198	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Chilca/Chilca	Pasaje San Andrés N° 188	064 - 211600	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Presidencia Corte Superior/El Tambo	Jr. Juan Parra del Riego N° 400	Anx. 40023 Central 064-481490	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - San Agustín/ San Agustín de Cajas	Av. 20 de Marzo S/N Palacio Municipal San Agustín de Cajas	064 - 421520	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm

DEPENDENCIA DE JAUJA

Juzgado Civil/ Jauja	Av. Tarma N° 1053 JAUJA	064 - 361935	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
----------------------	----------------------------	--------------	-------------------------------------

DEPENDENCIA DE JUNÍN

Juzgado Mixto/Junín	Calle Simón Bolívar N° 119	064 - 344275	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
---------------------	-------------------------------	--------------	-------------------------------------

DEPENDENCIA DE SATIPO Y MAZAMARI

Juzgado de Paz Letrado - Mazamari/ Mazamari	Calle Las Malvinas S/N Mazamari	064 - 548093	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Mazamari/ Mazamari	Jr. 28 de Julio 6TA. Cuadra	064 - 543020	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm

Juzgado de Paz Letrado - San Martín de Pangoa/ Pangoa	Calle San Antonio N° 346	064 - 543020	Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Río Tambo/Río Tambo	Pasaje San Andrés N° 188		Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
1° Juzgado Mixto/Satipo	Jr. Parra del Riego N° 400	064 - 545240	Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
DEPENDENCIA DE TARMA			
Sala Mixta/ Tarma	Jr. Lima N° 501	064 - 323326/ 32-2702	Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
Juzgado de Paz Letrado - Acobamba/ Acobamba	Av. Manuel Odría	CENTRAL: 064 - 323322	Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
DEMUNA A NIVEL REGIONAL			
1° Juzgado Mixto/La Oroya	Av. Horacio Zevallos N° 345 Centro Cívico	064 - 391102	Lunes - Sábado 7:45 am - 3:00 pm
DEPENDENCIA DE SATIPO Y MAZAMARI			
Concepción	Av. Mariscal Cáceres N° 326 -1er Piso - Concepción	Teléfono: 064 - 581017- Anexo 222	Lunes - Viernes 9:00 am - 1:00 pm y de 3:00 pm a 6:00 pm
Huancayo	Real e Ica - Plaza Huamanmarca S/N	Telf. 064 - 600408 Anexo 271	Lunes - Viernes 9:00 am - 1:00 pm y de 3:00 pm a 6:00 pm

Junín	Jr. Ayacucho N° 229 - JUNÍN - PERÚ	064 - 344224	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Satipo	Jr. Colonos Fundadores N° 312	064 - 545463	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm
Mazamari	Av. Las Malvinas N° 409	064 - 548187	Lunes - Sábado 7:45 am – 3:00 pm

REDES DE SALUD A NIVEL REGIONAL

Jauja	Jr. San Martín 1153, Jauja - Cercado	064 - 362007	Mañanas de 8:00 am - 1:00 pm Tardes 1:00 pm - 5:00 pm
Huancayo (Red Valle del Mantaro)	Av. Giráldez N° 886 - Huancayo.	064 - 223454	Lunes a Viernes 8:00 am a 1:00 pm 2:30 a 5:30 pm
Satipo	Jr. Manuel Prado 361 - 363 - Satipo	064 - 546558	Lunes a Viernes 8:00 a 1:00 2:30 a 5:30

BIBLIOGRAFÍA

Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence: The process of change in battered women. *Violence against Women*, 3, 5-26.

Centro de Atención Psicosocial – CAPS (2004). Herramientas para la atención de salud mental comunitaria. Material de capacitación.

Grela, Cristina y López, Alejandra (2011). *Mujeres, Salud Mental y género*. Comisión de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.

Ley de Protección frente a la Violencia Familiar. Texto único ordenado de la Ley N° 26260 y sus modificaciones, 1997.

78

Movimiento Manuela Ramos (2011). *ABC de la Atención con Calidad a la Violencia contra la Mujer: Guía para proveedores de servicios públicos*. Lima: Servicios Gráficos.

Naciones Unidas: "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" Art.1, 1993.

Prochaska, J, Di Clemente, C (1983). Stages and processes of selfchange. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5

MIMDES (2011). Programa Nacional contra la Violencia sexual y Familiar. Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer.

CAPS-MMR (2011). Pautas para el abordaje de víctimas de violencia con riesgo elevado de feminicidio, suicidio y otras situaciones de riesgo.

CAPS-MMR (2012) "Atención integral a mujeres que viven relaciones de pareja y/o familiares violentas."

Servicio Canario de Salud: "Protocolo de atención ante la violencia de género en el ámbito doméstico", 2003.

OMS (2000). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSEJERÍA PSICOLÓGICA

La consejería es una modalidad de atención terapéutica en la que a través de una relación de apoyo, una psicóloga (o) asiste a una persona al:

- Escuchar su motivo de consulta
- Contener su desahogo emocional.
- Identificar junto a ella los nudos y situaciones del conflicto en que se encuentra.
- Ayudar a reformular sus dificultades desde otra perspectiva.
- Contribuir a encontrar alternativas de solución al problema presentado.

79

FRECUENCIA DE USO: La consejería psicológica es la modalidad de tratamiento más utilizada con nuestras usuarias

DURACIÓN: DE 1 A 4 SESIONES.

TIEMPO DE LA SESIÓN: 50 MINUTOS.

LA PSICÓLOGA(O) TENDRÁ PRESENTE LAS SIGUIENTES PAUTAS:

1. Establecimiento de la relación terapéutica con una bienvenida empática y profesionalmente amable (Rapport).

2. Encuadre:

- Se orienta al paciente sobre cómo puede utilizar el espacio terapéutico y se subraya la confidencialidad de lo hablado por la mujer asistida.
- Por ejemplo: "Esta reunión es para que pueda contar lo que le está preocupando, yo la voy a escuchar y tratar de ayudar. Lo que diga va a quedar entre nosotros(as), es una conversación en privado. Al final, veremos si es que son necesarias más reuniones para ayudarle con el problema que le preocupa.
- El tiempo promedio de atención es de 50 minutos, pero se puede extender

un poco más en los casos que se requiera de mayor espacio para elaborar y cerrar la intervención y/o aquellos casos en que se sabe no van a regresar. No excederse de 1 hora de atención.

3. Escucha atenta al motivo de consulta

- La mujer atendida relata su motivo de consulta. No interrumpir el relato a menos que necesite de algunas frases que la ayuden a contar lo que la aflige. Se recomienda un promedio de 5 a 10 minutos de escucha activa de esta parte del relato.
- La escucha es activa porque si bien la psicóloga(o) no interviene verbalmente sino para ayudar a la persona a que continúe con su relato, al interior del profesional ocurren varios procesos: observación, contención emocional, identificación de sintomatología, en qué rol, posición y etapa de cambio se encuentra la mujer asistida, actitud empática, primeras impresiones transferenciales y contratransferenciales, entre otros.
- Contención emocional a través del desahogo (descarga) de los afectos. Por la movilización de emociones que se produce en el profesional, éste tendrá presente evitar comentarios o tener actitudes defensivas (juicios descalificadores, por ejemplo) que inhiban a la persona atendida en la expresión de sus emociones.

4. Comprensión del problema presentado

- Preguntas a la persona asistida para clarificar el problema.
- Exploración de detalles de la relación violenta: quién, cómo, desde cuándo, dónde. Recordar que no es un interrogatorio, si es que en la presentación del problema ya le dio esta información es suficiente.
- Identificación de los factores precipitantes y/o desencadenantes, ¿qué es lo que la hizo decidir venir a la consulta hoy? ¿Qué pasó para que tomara la decisión de hacer la consulta? ¿Desde cuándo quiere buscar ayuda? ¿Hay antecedentes del problema, le pasó algo parecido en algún período de su vida?
- Intervenciones empáticas de apoyo para ayudar a la mujer asistida en la clarificación del problema. Estas intervenciones son transversales.

5. Identificación de fortalezas y vulnerabilidad de la persona asistida

- Se identifican los recursos resilientes y capacidades. Estos aparecen de manera espontánea durante el relato; también aparecen si se le pregunta directamente por sus estudios, área de trabajo sea este dentro o fuera de casa, su manera de afrontar los estresores, cómo era antes de la situación de abuso, etc.
- Se pone en relieve las fortalezas encontradas. “Veo que a pesar de los problemas, usted ha salido adelante por ... (a, b, c)”
- Identificar síntomas y signos presentados. Decirle que va a pedirle que conteste/complete algunas preguntas que ayudarán a que tenga un mejor entendimiento de cómo se está sintiendo. Se completa toda la Escala de SRQ4. Tómese el tiempo para revisar la escala y pregunte sobre cada uno de los síntomas positivos.
- De ser necesario, realizar una mayor exploración del riesgo suicida o de feminicidio y tener presente las Pautas para el abordaje de víctimas de violencia en riesgo.
- Tener los criterios diagnósticos más frecuentes en la memoria: depresión, trastornos de ansiedad, estrés post-traumático, trastornos adaptativos, psicosis, uso de alcohol/drogas.
- Tener una impresión acerca de la etapa de cambio en que se encuentra: pre-contemplativa, contemplativa, etc.
- Explorar qué expectativas tiene de la consulta: ¿qué espera de esta consulta? ¿en cuantas reuniones cree que podría resolver su problema?
- Ver el nivel de conciencia de la persona en relación al problema presentado y el tiempo (número de sesiones) en que espera resolverlo.
- Criterio de realidad y llamado a la alianza de trabajo: Ejemplo: “Mmm..... por lo que me cuenta es un problema que tiene mucho tiempo y espera resolverlo hoy día conmigo. Veremos si al final de la reunión lo que vamos a hablar le ha ayudado lo suficiente o si necesitaremos algunas reuniones más”. Al final de la sesión se retoma la continuidad de las reuniones.

6. Intervenciones sobre el motivo de consulta

- Intervenciones según la etapa de cambio en que se encuentre la mujer asistida. Seleccionar qué procesos cognitivos, afectivos o de conducta va a trabajar. Por ejemplo, si está en una etapa pre-contemplativa, los procesos a trabajar son principalmente: incremento de la conciencia (información), la descarga emocional y auto-evaluación al captar que la situación de abuso violenta su dignidad, que lo que le pasa no es su culpa y que quien está mal es la pareja.
- En el caso de una mujer en estado contemplativo, uno de los procesos relevantes es la profundización en la toma de conciencia. Así, se puede elaborar este proceso: **a)** al analizar patrones de conducta violentos de la pareja o una mayor comprensión del conflicto actual de la asistida articulándola con aspectos de su historia personal y familiar; **b)** al facilitar la descarga de la cólera cuando la maltratan a pesar que ella hace todo lo posible para que no se moleste; **c)** al ayudarla a mirar el estado de descuido personal – para sí misma, no para la pareja, en que se encuentra –; **d)** al trabajar el proceso de auto-evaluación, etc.
- La información, sugerencias o recomendaciones deben estar en consonancia con la etapa de cambio en que se encuentra la mujer.
- Utilización de técnicas activas: por ejemplo, "silla vacía", relajación, diálogo dramatizado, tareas, recomendaciones que profundicen la comprensión del motivo de consulta. Tener en cuenta la brevedad del tiempo y la delimitación de los objetivos terapéuticos de esta intervención.
- La incorporación de la pareja o los familiares a alguna de las sesiones está encaminada a la clarificación del conflicto y el apuntalamiento de las acciones a tomar. Estas intervenciones pueden ser incorporadas como "sesiones de familia".
- Se refuerzan las afirmaciones "encontradas" durante el diálogo terapéutico que se dirigen a responder/contribuir a ayudarla a resolver el motivo de consulta.

Cierre de la sesión y seguimiento

- Se hace un cierre de la sesión resaltando las capacidades de la mujer asistida y su colaboración durante la sesión.