

MONOGRAPH SERIES

THE MIGRANT CLINICIANS NETWORK

*Domestic Violence  
in the Farmworker Population*

*Monografía  
Sobre la Violencia Doméstica*



RESOURCES FOR CLINICIANS



all photos ©Alan Pogue

# *Domestic Violence in the Farmworker Population*



## *Monografía Sobre la Violencia Doméstica*

## Introduction

---

In the more than twenty years during which communities have attempted to understand and address domestic violence, a number of issues have emerged that both serve to clarify and confound results. In an effort to demonstrate that no woman was immune, discussions of the differences experienced by different groups of women was suppressed. Despite the fact that any woman can be subject to intimate partner violence, the experience of women does vary. When considering barriers to prevention and

intervention services faced by migrant and seasonal farmworkers, the affects of intimate partner violence are magnified. Lacking access to health services, fearing deportation, and living in isolated environments, farmworker women are often forced to endure the violence.

The purpose of this document is to describe the problem of domestic violence in the migrant farmworker population and provide information and resources that will assist clinicians and others working with migrants

*to page 2*

## Introducción

---

A lo largo de los últimos veinte años, durante los cuales se ha intentado entender y detener la violencia doméstica, han surgido varios asuntos que sirven para aclarar al igual que para confundir. Para comprobar que ninguna mujer es inmune a la violencia doméstica, las diferencias en las experiencias de cada grupo de mujeres han sido menospreciadas, aún sabiendo que todas las mujeres pueden ser víctimas de violencia doméstica y que sus experiencias varían.

Al tomar en cuenta las dificultades a las que se enfrentan los campesinos migrantes para obtener acceso a

servicios de prevención e intervención, las consecuencias de la violencia doméstica entre esta población se magnifican aún mas. Sin acceso a servicios de salud, viviendo en sitios aislados y con temor a la deportación, las campesinas frecuentemente se ven forzadas a tolerar la violencia.

El propósito de este documento es el de describir el problema de la violencia doméstica en la población de campesinos migrantes y ofrecer información y recursos para ayudar a los trabajadores clínicos y otros que ayudan a las víctimas de abuso doméstico en la población campesina.

*a página 3*



who experience abuse. Section I summarizes the results of MCN's domestic violence projects, providing project and research descriptions, data analysis, project outcomes, and future plans. Section II, excerpted from the *Family Violence Resource Manual* by Annie Lewis O'Connor, outlines the appropriate clinical response when faced with a client who has experience physical abuse. Section III provides an overview of a variety of community responses to the issue of domestic violence. Section IV provides a list of informational, educational, and service resources for providers and patients that deal with domestic violence. ■

## Summary of MCN Efforts

To respond to the unique situation of migrant farm worker women experiencing domestic violence, the *Migrant Clinicians Network (MCN)* has developed and participated in a variety of domestic violence prevention and intervention projects. Each project was the result of discussions with primary care, social services and mental health providers, farm worker advocates, and farm worker women. An effort was made to determine the needs of each group in confronting domestic violence among farm workers and develop strategies that allowed for an effective action by each

group. While a great debt is owed to the pioneers of the domestic violence prevention movement, it has also been inspiring to see disparate groups come together to address violence within the farm worker community. MCN has been fortunate to work with outstanding groups at the local, state, regional, national and international level. Few of the outcomes reported here are the result of MCN's work alone. It is incumbent upon us to acknowledge the enormous contributions made by all those, past and present, who contributed to the success of these initiatives.

to page 4

La primera sección resume los resultados de los proyectos para combatir la violencia doméstica, presentando descripciones de los proyectos, de la investigación, análisis de datos, los resultados y planes para el futuro. La segunda sección, adaptada del *Manual de Recursos para Familias que Sufren de Violencia Doméstica*, escrito y compilado por Annie Lewis O'Connor, delinea la reacción clínica más apropiada cuando se trata con un cliente que ha sido víctima de abuso físico. La tercera sección ofrece un repaso de las diversas maneras en que la comunidad ha respondido al fenómeno de la violencia doméstica. En la cuarta sección se encuentra una lista de servicios informativos y educativos para todos los que se encuentren involucrados con casos de violencia doméstica. ■



## Sumario de Propuestas de MCN

A consecuencia de las circunstancias excepcionales en las que se encuentran las campesinas migrantes que son víctimas de violencia doméstica, la organización *Migrant Clinicians Network* (MCN) ha desarrollado y participado en varios proyectos enfocados en la intervención y prevención de la violencia doméstica entre la población de campesinos migrantes. Cada proyecto ha nacido a base de extenso diálogo con los proveedores de servicios de salud, los proveedores de servicios sociales, los defensores de trabajadores de campo y con las mujeres que trabajan en el campo. Se ha hecho un gran esfuerzo para determinar las necesidades particulares de cada grupo que se enfrenta con violencia doméstica y

para desarrollar estrategias que sean efectivas para cada grupo. Sin duda les debemos mucho a los pioneros de el movimiento para la prevención de la violencia doméstica, sin embargo ha sido fuente de gran inspiración ver a diversos grupos unirse con el propósito de resolver el problema de violencia doméstica en la comunidad de trabajadores de campo. MCN ha tenido la fortuna de trabajar con grupos excepcionales a nivel local, estatal, nacional e internacional. Pocos de los resultados presentados aquí han sido logrados exclusivamente por MCN. Nos es preciso reconocer las enormes contribuciones hechas por todos, ahora y en el pasado, para el logro exitoso de estas iniciativas.

a página 5

Since 1990, MCN has worked in the area of domestic violence education and prevention. In 1995, a partnership with the *Family and Intimate Violence Prevention Team of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, and *Lideres Campesinas de California*, a self-organized group of farm worker women was formed. With the financial and technical support of the *Family & Intimate Violence Prevention Team*, the partnership has yielded a domestic violence outreach and education project established by farm worker women (*Lideres Campesinas*) to address the issue of domestic violence within their own community. Through a series of training sessions and workshops, personal communications in the fields or at social gatherings, informal conversations in

beauty shops or on the bus, and community meetings, the *Domestic Violence Specialists* have informed thousands of women about the cycle of violence and the availability of help. They have translated their personal lessons of growth and capacity building into a model for other women seeking to resolve problems and concerns in their own communities.

As initially conceived, the goal of the *Farm Worker Women's Domestic Violence Training Project* was to provide Hispanic migrant farm worker women in the state of California with knowledge and skills to implement domestic violence education and prevention programs within their communities. As it has developed, this project has served as a pilot leading to the development of a formal domestic violence education and prevention curriculum complete with an educational video and public education materials. These have been used in migrant farm worker communities throughout the U.S.

Members of the original group participated in leadership development training and have gone on to become technical advisors to other communities across the country. What follows is a brief review of the project's development.

In early 1996, twenty-seven women participated in *Domestic Violence Specialist Training* conducted by Dr. Rachel Rodriguez of the University of Texas Health Sciences Center at San Antonio School of Nursing, Dr. Lynn Short of the CDC, Family and

Intimate Violence Prevention Team and Valerie Wilk of the Farmworker Justice Fund. The training was designed to increase the ability of the farm worker women to serve as liaisons between service providers in health centers, domestic violence programs, legal services, and their communities.

The women then initiated and maintained contact with the service providers and supplied them with valuable training on the needs of battered migrant farm worker women. The Domestic Violence Specialists identified and assisted abused women and created contact records to document safety plans for each of them. They also made referrals to service providers and followed up on the outcomes of these referrals. The specialists continued to provide training in their own communities while at the same time expanding the program to other communities outside of California. The *Lideres* have become leaders and mentors for farm worker women and domestic violence programs across the country.

The success of the Farmworker Women's Leadership Development Project is an example of the collective strength of farm worker women. They demonstrated that they have the power to support and assist each other to end the violence in their lives. These women will serve as vital links between the women in their communities and service providers. Through their ongoing development as leaders in this movement they can advocate for farm worker families' needs and serve as role models to the women they serve. ■



Desde 1990, MCN ha laborado en el área de prevención y educación sobre violencia doméstica. En 1995, con la ayuda de *Family and Intimate Violence Prevention Team* de el *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*, y Líderes Campesinas de California, se formó una alianza independiente de trabajadoras de campo. Con el apoyo técnico y financiero de *Intimate Violence Prevention Team*, la alianza ha dado origen a un proyecto de educación y servicios comunitarios acerca de la violencia doméstica, establecido por trabajadoras de campo (Líderes Campesinas) para lidiar con el tema de la violencia doméstica en su comunidad. Por medio de seminarios, diálogos personales, conversaciones en el salón de belleza o el autobús, y a través de juntas para la comunidad, las *Domestic Violence Specialists* han informado a miles de mujeres sobre los ciclos de violencia y los medios para conseguir ayuda. Estas mujeres han utilizado sus experiencias personales para desarrollar un ejemplo para otras mujeres que intentan resolver problemas en la comunidad.

Como fue originalmente planteado, la meta de *Farm Worker Women's Domestic Violence Training Project* ha sido la de proporcionar a campesinas migrantes hispanas en el estado de California, la información y el conocimiento práctico para implementar programas de educación y prevención de violencia doméstica en sus comunidades. A medida que se ha desarrollado, el proyecto ha servido como punto de referencia en la creación de un sistema educativo que incluye videos y otros materiales para educación sobre la prevención de violencia doméstica

que se ha utilizado en varias comunidades campesinas en los Estados Unidos.

Representantes del grupo original que participaron en el proyecto de Liderazgo Femenino han llegado a ser consejeras técnicas para las comunidades que están interesadas en aprender y obtener el éxito que ha logrado Líderes Campesinas. A continuación presentaremos un resumen breve del desarrollo de este proyecto.

A principios de 1996, veintisiete mujeres participaron en los proyectos de *Domestic Violence Specialist*, llevado a cabo por la Dra. Rachel Rodriguez de *University of Texas Health Sciences Center School of Nursing*, la Dra. Lynn Short de *CDC*, *Intimate Violence Prevention Team* y Valerie Wilk de *Farmworker Justice Fund*. El entrenamiento fue creado para desarrollar la habilidad de las campesinas para funcionar como intermediarias entre los proveedores de servicios de salud, servicios legales y de programas contra la violencia doméstica y sus comunidades.

Estas campesinas a su vez establecieron y mantuvieron contacto con los proveedores de estos servicios y los informaron adecuadamente de las necesidades de las campesinas migrantes que son víctimas de abuso doméstico. La organización de *Domestic Violence Specialists* pudo así identificar y ayudar a estas mujeres y creó archivos para documentar planes de seguridad para cada una, referencias a proveedores de servicios de salud y continuación de apoyo para ver los resultados de estas referencias.



Las campesinas continuaron con el entrenamiento en sus propias comunidades y expandiendo este programa hacia otras comunidades fuera de California. Las Líderes se han convertido en guías y consejeras para las mujeres campesinas y en los programas contra violencia doméstica en todo el país.

El éxito de *Farmworker Women's Leadership Development Project* es un ejemplo de el poder colectivo de las mujeres campesinas. Estas han demostrado que juntas tienen la fuerza para detener la violencia doméstica en sus vidas. Estas mujeres serán la conexión vital entre las mujeres de su comunidad y los proveedores de salud y ayuda. A través de su desarrollo como líderes en este movimiento, defenderán las necesidades de las familias campesinas y servirán como ejemplo para otras mujeres en su comunidad. ■

While domestic violence research has been conducted for over 20 years, until recently there were very few studies that focused on migrant farm workers. Although there were no published data, migrant health providers identified domestic violence as a health concern among this population. Not only were they unable to present hard facts, but many of these providers felt unprepared to address this issue with their migrant farm worker patients. In 1994, the Migrant Clinicians Network gained support from the Bureau of Primary Health Care (BPHC) and the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) to establish the Practice-Based Research Network on Domestic Violence And Migrant Farmworkers (PBRN).

The goal of PBRN was threefold: first, to increase the capacity of primary care providers to participate in research that would impact care practices; second, to document the incidence of domestic violence in the migrant farm worker population; and third, to institutionalize the use of the MCN Domestic Violence Assessment Form so that providers could better identify those women at risk for domestic violence.

The formation of the Network allowed 100+ clinicians to develop the necessary data gathering skills and technical support to determine the incidence of domestic violence among

their farm worker patients. One thousand and one farm worker women were assessed and referred if needed for domestic violence services during the three years of the PBRN. Members of the Network gathered at annual migrant health conferences and participated in conference calls to discuss their results and strategies for addressing domestic violence in their communities. By Year Three, ten sites were collecting data for the Network. At most of these sites ten or more clinicians had been trained to collect data and actively participated in the Network. Across the country clinicians were interested in data collection techniques as well as gaining a greater understanding about domestic violence within the families of their farm worker patients.

By the end of funding in 1997, over 150 nurses, doctors, nurse practitioners, and outreach workers had participated in the Practice-based Research network on Domestic Violence and Migrant Farmworkers. They had successfully gathered incidence data on 1001 women. All the health centers participating in the project were community and/or migrant health centers serving a primarily Hispanic patient population, many involved in farm work. Women were surveyed during their intake at the clinic and reasons for their clinic visits were varied. Convenience sampling was used, as the safety of the women was of primary

concern. Only women who might be interviewed alone were interviewed for the study.

In a private setting, the clinician obtained informed consent and then questioned the woman using the MCN Domestic Violence Assessment Form. Written consent was not requested as it was assumed that a written assertion of domestic violence was too threatening for the women to produce. Face-to-face interviews are more effective than self-reports for assessing domestic violence. (Rachel Rodriguez, Ph.D., *Suffering in Silence*, 1995) Thus, clinicians posed the questions directly to the patient instead of her fill out the form alone. If the woman indicated that she had experienced physical violence or forced sexual contact within the last year, she was counseled and given referral information to services in the participating health center's area.

Approximately 20% of the 1001 women surveyed (19.9%, N=190) reported experiencing either physical or sexual abuse within a year of being interviewed. The average age of a woman reporting abuse was 31.6 years with a standard deviation of 10.11 years. Over 80% of the women experiencing abuse were in their child-bearing years and 50% of battered women were pregnant at the time of the abuse. Eight hundred and thirty out of the 1001 respondents were Hispanic (91.3%). Haitians made



Mientras que investigación sobre violencia doméstica se ha llevado a cabo por más de 20 años, hasta hace poco no había nada enfocado exclusivamente en campesinos migrantes. A pesar de no haber información escrita, los proveedores de salud para los campesinos migrantes identificaron la violencia doméstica como causa de interés en la salud de esta población. Sin embargo, estos proveedores no solo carecían de pruebas sino que no estaban preparados para encarar a sus pacientes con este tema. En 1994, *Migrant Clinicians Network* obtuvo el apoyo de *Bureau of Primary Health Care (BPHC)* y la *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* para establecer la *Practice-Based Research Network on Domestic Violence And Migrant Farmworkers (PBRN)* - Red de Investigación Sobre Violencia Doméstica Entre la Población de Campesinos Migrantes.

La *PBRN* tenía tres metas. Primero, aumentar la capacidad de los proveedores de servicios de salud básicos para participar en la investigación para impactar los servicios de salud. Segundo, documentar el indicio de violencia doméstica entre la población de campesinos migrantes. Y tercero, institucionalizar el método usado por *MCN Domestic Violence Assessment Form* para identificar con mayor facilidad a las mujeres que corren mayor riesgo de violencia doméstica.

La formación de la Red permitió a más de 100 trabajadores clínicos desarrollar la habilidad para obtener los datos y el apoyo técnico necesarios para determinar el número de casos de violencia doméstica entre sus pacientes campesinos. Mil y una mujeres

campesinas fueron evaluadas y dirigidas a los servicios contra la violencia doméstica durante los tres años de *PBRN*. Miembros de la Red se reunían en conferencias anuales sobre la salud de los migrantes y se comunicaban por teléfono para discutir sus resultados y sus estrategias para combatir la violencia doméstica en sus comunidades. Para el tercer año ya existían diez sitios donde acumulaban datos para la Red. En la mayoría de estos sitios se encontraban diez o más trabajadores clínicos que habían sido entrenados para obtener datos y eran miembros activos en la Red. Trabajadores clínicos en todo el país estaban interesados en la técnica para obtener datos al igual que en lograr un mejor entendimiento de la violencia doméstica en las familias de sus pacientes.

Para el final de 1997, más de 150 enfermeras, doctores, asistentes médicos y personas involucradas en trabajo comunitario habían participado en *Practice-Based Research Network on Domestic violence and Migrant Farmworkers*. Para entonces habían logrado acumular datos de la incidencia entre 1001 mujeres. Todos los centros de salud que participaron en el proyecto eran centros rurales y/o centros de salud migrantes que atienden principalmente a la población hispana campesina. Las mujeres fueron entrevistadas en la clínica y sus razones para visitar la clínica eran variadas. Se tuvo cuidado con las entrevistas. Solo las mujeres que se podían entrevistar en privado fueron sometidas a las en-



cuestas ya que su seguridad es de primordial importancia.

En privado, los trabajadores clínicos, después de obtener autorización, entrevistaban a la mujer usando el método de *MCN Domestic Violence Assessment Form*. La autorización por escrito no era necesaria ya que es de asumir que la admisión por escrito de violencia doméstica sería demasiado peligroso para estas mujeres. Las entrevistas cara a cara son más efectivas para identificar violencia doméstica que cuando se llena un cuestionario a solas. Por lo tanto los trabajadores clínicos hacían las preguntas directamente a las mujeres en vez de que ellas llenaran el cuestionario. Si la mujer indicaba que había sido víctima de violencia doméstica o abuso sexual en el último año, se le daba asesoramiento y era referida a los servicios disponibles en el área.

up only 2.9% of the women surveyed although they made up 10.7% of the total battered women (N=190). The majority of women who reported domestic violence were Hispanic (81.4%, N=144). Drug and alcohol abuse was significantly correlated with fear of partner ( $r=.286$ ) and physical and sexual abuse ( $r=.392$ ). Seventy-three percent of abused women reported that their partner used drugs or alcohol (N=135). If a woman reported that her partner uses drugs or alcohol she was 55 times more likely to be afraid of him. Furthermore, 91.6% of women who expressed fear of their partners were also

battered. Approximately 70% (69.6%) of women reporting abuse were living with their partners.

Following is a profile of a farm worker woman in this population who reported experiencing abuse within the last year.

With the support of Dr. Nikki Van Hightower, Ph.D. and Texas A & M University School of Medicine, MCN was able to include two Texas sites in the PBRN. Data collected from these centers indicated that violence may be higher along the border between the U. S. and Mexico than in the interior of Texas. This coincided with the anecdotal reports of various primary

care providers interviewed during the study. Overall the incidence of domestic violence was 20.6% among the Texas research population. ■

### Battered Farmworker Woman Profile

- Within Child-bearing Years (15-40)
- Hispanic
- Afraid of Partner
- Living with Partner/Married
- Partner Uses Drugs or Alcohol

## Violence Against Women Act

The Violence Against Women Act (VAWA) became effective in 1994 and serves as the first example of legislation enacted to specifically protect battered women and children. Designed to provide battered women and children with the ability to function independently of their batterer, VAWA has multiple components. Protections during the immigration process are only one aspect of this Act. VAWA requires that civil orders of protection issued in one state be recognized and enforced in all states and counties within the United States. However, the benefits of this legislation are regularly lost to farm worker women because there is no system to monitor orders of protection that is responsive to their level of mobility.

In order to address this deficiency, The Violence Against Women Act Grant Office in the U. S. Depart-

ment of Justice awarded funding to MCN and Ayuda, a Washington, D. C.-based legal assistance program that focuses specifically on domestic violence issues as they affect Hispanic and immigrant women, to determine the necessary components of a trans-U. S. system for enforcement of orders of protection granted to migrant farm worker women.

The project brought together two different groups of interested persons in June, 1997. The first group met in Wisconsin and consisted of migrant farm worker women who had settled in the state and several who continue to migrate annually from Texas. To enhance participation, two members of *Lideres Campesinas* (the farm worker women's leadership organization from California) were invited and asked to provide information about their migration patterns, barriers to

attaining and enforcing orders of protection, and health care and social service options. The second group brought together migrant health and social service providers, battered women's advocates, immigration and domestic violence intervention-oriented attorneys, governmental representatives, and community-based organizations in Minnesota. Each group participated in a guided discussion processes that produced a schema for a national system of inter and intrastate compliance with orders of protection. Additional funding is being sought to implement and evaluate the schema. This is to determine whether or not migrant women can benefit from orders of protection received in a state other than the one in which they reside. This would prevent them from having to reapply or go without legal protection during periods of migration. ■

De las 1001 mujeres que fueron entrevistadas, aproximadamente 20% (19.9%, N=190) dijeron haber sido víctimas de abuso físico o sexual en el último año. La edad media de las mujeres que dijeron ser víctimas de violencia era 31.6 años con una desviación estándar de 10.11 años. Mas del 80% de las mujeres víctimas de abuso estaban en edad fértil y 50% de las mujeres víctimas de abuso físico estaban embarazadas en el momento del abuso. Ochocientos treinta de las 1001 mujeres entrevistadas eran Hispánicas (91.3%). Solo 2.9% de las mujeres entrevistadas eran Haitianas, sin embargo 10.7% de las mujeres víctimas de abuso eran Haitianas (N=190). La mayoría de las mujeres que dijeron ser sometidas a violencia doméstica eran Hispánicas (81.4%, N=144). Abuso de drogas y alcohol corresponde enormemente con temor a la pareja ( $r=.286$ ) y al abuso físico y sexual ( $r=.392$ ). Se-

tenta y tres por ciento de las mujeres víctimas de abuso dijeron que su pareja usaba drogas o alcohol (N=135). Temor a la pareja corresponde significativamente con el uso de drogas y alcohol. Las mujeres que dijeron que su pareja usa drogas o alcohol tenían 55 veces más probabilidad de temerle. Además, 91.6% de las mujeres que indicaron temor a su pareja eran mujeres víctimas de violencia física. Aproximadamente 70% (69.6%) de las mujeres reportando abuso vivían con su pareja.

A continuación está un perfil de una campesina que dijo haber sido víctima de abuso en el último año.

Con el apoyo de la Dra. Nikki Van Hightower, Ph.D. y Texas A&M, School of Medicine, MCN ha podido incluir dos sitios en Texas en el PBRN. Los datos obtenidos por estos centros indican que la violencia doméstica es más común en la frontera entre Esta-

dos Unidos y México que en el interior de Texas. Esto coincide con anécdotas de varios proveedores de servicios primarios que fueron entrevistados durante la encuesta. Sobretodo el indicio de violencia doméstica fue de 20.6% en la población de la investigación en Texas. ■

### Perfil de una Campesina Víctima de Abuso

- En edad fértil (15-40)
- Hispana
- Con temor a su pareja
- Viviendo con su pareja/casada
- Pareja usa drogas o alcohol

## Acta Contra la Violencia Hacia Mujeres

El *Violence Against Women Act* (VAWA) fue efectuado en 1994 y sirve como el primer ejemplo de ley establecida específicamente para la protección de las mujeres víctimas de abuso y los niños. Diseñada para proporcionar a las mujeres víctimas de abuso y a los niños la habilidad de funcionar independientemente del agresor VAWA tiene varios componentes. Protección durante el proceso de inmigración es sólo uno de los componentes de esta Acta. VAWA requiere que órdenes civiles de protección adquiridas en un estado sean válidas y llevadas

acabo en todos los estados y condados dentro de los Estados Unidos. Sin embargo, los beneficios de esta ley se pierden en el caso de campesinas migrantes porque no existe un sistema para controlar las órdenes de protección que se adapte a su grado de movilidad.

Para resolver esta deficiencia el *Violence Against Women Act Grant Office* en el Departamento de Justicia de Estados Unidos otorgó fondos a MCN y a *Ayuda*, el programa de asistencia legal basado en Washington D.C., enfocado en temas de violencia

doméstica que afectan a mujeres Hispánicas o inmigrantes, para determinar los componentes necesarios para un sistema inter-estatal para controlar las órdenes de protección otorgadas a campesinas migrantes.

En Junio de 1997, dos grupos de personas de diferentes sitios se reunieron para llevar a cabo este proyecto. El primer grupo se reunió en Wisconsin y consistía de campesinas migrantes que se habían establecido en el estado de Wisconsin y de campesinas migrantes que continuaban cada año la migración desde Texas. Para aumen-



## Domestic Violence and Farmworker Men

A majority of the advances made in domestic violence prevention and intervention have focused on women and children. This is due, in part, to the strong role played by feminist organizations in responding to the immediate need for safety of women in imminent danger. Their commitment to supporting the empowerment of women resulted in what little funding that has been dedicated to domestic violence prevention. With limited funding available, it has been difficult to obtain support for services that target perpetrators. Yet interviews with farm worker women has repeatedly yielded evidence that in order to prevent intimate partner violence within the farm worker community, the male partners must be included in the ef-

fort. With this idea in mind, MCN and the State of Wisconsin initiated the Domestic Violence and Migrant Farmworker Men's project in 1995.

The goal of this project was to develop migrant-specific, grass-roots strategies for domestic violence intervention programs directed toward migrant farmworker men. Four focus groups were conducted to document migrant farmworker men's perspectives on domestic violence. The results of these interviews were then used to draft an intervention strategy that might be effective for working with farm worker men. The first two groups were held in Florida during December, 1995, and the second two groups were held in central Wisconsin in Fall, 1996.

In Florida, the groups were conducted in a migrant "family camp" in Homestead. A "family camp" is one in which the men live with their families as opposed to living in all-male dormitories with other solo men. In Wisconsin, one group was conducted in a family camp and one in an all-male camp. The participants were recruited through key informants (individuals who were familiar with the program and the population). The results of the focus groups are given on page 12.

Utilizing the information received by the male migrant farmworkers, a pilot intervention program was drafted to address domestic violence in this population. Mr. David Duran and Dr. Rachel Rodriguez also reviewed several current intervention

tar la participación en este proyecto, dos de las Líderes Campesinas fueron invitadas para compartir información sobre sus hábitos de migración y sobre las dificultades que existen para obtener órdenes de protección al igual que servicios de salud y servicios sociales. El segundo grupo consistía de proveedores de servicios de salud y sociales para trabajadores migrantes, defensores de mujeres víctimas de violencia física, abogados especialistas en casos de inmigración e intervención de violencia doméstica, representantes de gobierno y varias otras organizaciones

locales de Minnesota. Cada grupo formo parte de un proceso de discusión donde se produjeron varios esquemas para un sistema nacional de rendimiento de las órdenes de protección que sean efectivos a nivel estatal al igual que interestatal. Se necesitan mas fondos para poder implementar y evaluar los esquemas y poder determinar si son de beneficio para las mujeres migrantes que han obtenido una orden de protección en otro estado, así no se verán forzadas a volver a aplicar ni estarán sin protección durante sus períodos de migración. ■



## Campesinos Migrantes y la Violencia Doméstica

La mayoría de los adelantos logrados en el tema de prevención e intervención de violencia doméstica se han enfocado en mujeres y niños. Esto se debe, en gran parte, a la fuerte reacción de las organizaciones feministas respondiendo a la importancia de la seguridad de mujeres que se encontraban en situaciones de peligro inminente. Su dedicación a la habilitación de mujeres ha brindado los pocos fondos que han sido dedicados a la prevención de la violencia doméstica. Con fondos limitados ha sido difícil conseguir apoyo para servicios que se enfoquen en los agresores. Sin embargo, por medio de entrevistas con las campesinas se ha llegado repetidas veces a la conclusión que para prevenir la violencia doméstica en la comu-

nidad campesina es necesario incluir a los agresores en el tratamiento. Con esto en mente, MCN y el Estado de Wisconsin iniciaron en 1995 el proyecto Campesinos Migrantes y la Violencia Doméstica.

La meta de este proyecto ha sido la de desarrollar estrategias para la prevención de violencia doméstica a nivel local y enfocado específicamente hacia la población de campesinos migrantes. Se formaron cuatro grupos de prueba para documentar la perspectiva de los campesinos migratorios hacia la violencia doméstica. Los resultados de estas pruebas fueron utilizados para desarrollar una estrategia de intervención que fuera efectiva en la población de campesinos migrantes. Los primeros dos grupos de prueba fueron for-

mados en Diciembre de 1995 en Florida. Los otros dos grupos de prueba fueron formados en el Otoño de 1996 en Wisconsin.

Los grupos de prueba en Florida fueron llevados a cabo en una "situación familiar" para campesinos migrantes en Hempstead. Una "situación familiar" es cuando los hombres viven con sus familias en lugar de en dormitorios sólo para hombres. En el caso de los grupos de prueba en Wisconsin, el primero se llevo a cabo en una "situación familiar" y el segundo en una situación de dormitorio de solo hombres. Se escogieron los participantes por medio de un informante clave (alguien que conocía a los campesinos y que sabía de estos proyectos). A continuación están los resulta-

## Results of the Domestic Violence and Farmworker Men Project

Questions:	Answers:	
	Men	Women
Definition of a “good husband”	a good provider, works more than anything	does not drink or have affairs
Definition of a “good wife”	understanding and available, waits for the husband to come home, avoids eye contact with other men	supports the husband; stays at home with the children; does not have affairs
Reasons for domestic violence	women working outside the home causes them to disrespect their husbands; poverty; men have to control their families	alcohol; drugs; being pregnant; self-blame; woman is working; not giving enough time during the day to care for spouse’s needs
How to avoid domestic violence	talk to your family, i.e. parents, siblings, aunts, uncles; think clearly; provide for the family	take the beating and wait for the next day; stay away when spouse drinks; just get along—“don’t make waves”

programs already in place for Latino perpetrators. They found the *Hombres Autorresponsables Parar el Abuso /Men taking responsibility for Abuse* (HAPA) program to be exemplary in their bilingual/bicultural staff and curriculum. However, the program is twenty-four weeks long, which is incompatible with the migratory lifestyle. Although the program could be shortened to eight weeks, the problem of intervention continuity still exists.

The draft pilot intervention project is composed of three phases

that can be adopted by migrant health centers and in migrant camps and communities.

- **Informal Education and Outreach.** The purpose of this phase is to saturate the migrant community with domestic violence information and create negative social pressure toward battering.
- **Resource Network for Migrant Farmworker Men.** During this phase, men who have demonstrated violence-free behavior and good communication skills will be selected to become peer counselors.

- **Behavioral Change for Perpetrators.** The third phase will involve modifying the HAPA curriculum to better serve men who are mobile. This will include shortening the program to eight weeks and adding migrant relevant topics. For example, the change in relationships as a result of migration and an emphasis on generational issues related to family violence.

Validation of the proposed intervention was not completed during the project period due to scheduling difficulties. These activities will continue through Summer, 1998. ■

## Resultados del Proyecto Campesinos Migrantes y la Violencia Doméstica

Preguntas:	Respuestas:	
	Hombres	Mujeres
Definición de un “buen marido”	Buen proveedor, trabaja mas que nada	Que no bebe alcohol ni tiene relaciones amorosas fuera del matrimonio
Definición de una “buena esposa”	Comprensiva y disponible. Que se queda en casa esperando a su marido y que no ve a los ojos a otros hombres	Apoya a su marido, se queda en casa para cuidar a los niños y no tiene relaciones amorosas fuera del matrimonio
Causas para la violencia doméstica	las mujeres que trabajan le faltan el respeto a sus maridos; pobreza; los hombres tienen que controlar a sus familias	alcohol, drogas, estar embarazada, culparse a si misma, si la mujer trabaja; no pasando suficiente tiempo para atender las necesidades del marido
Como evitar la violencia doméstica	hablando con la familia, por ejemplo con los padres, los hermanos, tíos, etc.; pensando claramente; siendo buen proveedor para la familia	tolerar el abuso y esperar el siguiente día; alejarse cuando el marido este bebiendo alcohol; llevarse bien, no causar problemas

dos obtenidos con los grupos de prueba en página 13.

Utilizando la información obtenida de los campesinos migrantes se ha delineado un modelo para un programa de intervención de violencia doméstica en esta población. El Sr. David Duran y la Dra. Rachel Rodriguez también analizaron varios otros programas de intervención ya en existencia enfocados hacia agresores Latinos. Descubrieron que el programa de Hombres Auto Responsables Paron el Abuso (HAPA) es ejemplar con un currículo y un grupo de personas bilingüe/bicultural. Sin embargo, este programa dura 24 semanas lo cual es incompatible con el estilo de vida de campesinos migrantes. Aún reduciendo el programa a una duración de 8

semanas el problema de continuación de intervención no se resuelve.

El modelo del proyecto de intervención consiste de tres fases las cuales pueden ser adoptadas por centros de salud y comunidades migratorias.

- **Educación a Nivel Comunitario.**

El propósito de esta fase es la de saturar a la comunidad migratoria con información sobre violencia doméstica para crear una presión social de intolerancia hacia el abuso físico.

- **Red de Recursos Para Campesinos Migrantes.**

En esta fase, los hombres que han demostrado habilidad para mantener buena comunicación y un comportamiento libre de violencia serán seleccionados para ser consejeros entre sus compañeros.

- **Cambio en el Comportamiento de los Agresores.** La tercera fase trata con la modificación del currículo de HAPA para que les sea útil a los hombres migrantes. Esto incluye acortar el programa a 8 semanas y añadir temas que sean de importancia para hombres migrantes. Por ejemplo, los cambios en una relación como resultado de la migración y un énfasis en temas de linaje familiar relacionados con violencia doméstica.

Verificación de la propuesta intervención no pudo ser lograda durante el período del proyecto debido a problemas de horario. Estas actividades continuarán a lo largo del verano de 1998. ■





# A Provider's Guide to Successful Screening and Intervention

THIS MATERIAL WAS ADAPTED from the publication entitled *Family Violence Resource Manual- A Primary Health Care Provider's Guide* produced by Neighborhood Health Plan, written and compiled by Annie Lewis O'Connor MSN, MPH with assistance from Kathleen Bennett, MD, Trudy Brown-Ripin, MPH, Katy Kehoe and Lisa Taich-Daly. For a free copy of the complete manual contact: Neighborhood Health Plan at (617) 772-5500.

Domestic violence is an overwhelming issue. Some people may feel overwhelmed because of personal experience as either a survivor or as a perpetrator of abuse, or because someone close to them has been personally affected by domestic violence. Another reason is that they may not have been adequately trained to respond appropriately to domestic violence. Although training can be valuable, it is important to keep in mind that pro-

viders do not have to be trained to successfully intervene in all aspects of domestic violence cases. If you noticed cardiac symptoms in a patient, you would not hesitate to ask the patient about it and refer him or her to a specialist. Domestic violence can be handled in the same way; once you have identified the symptoms, specialists trained in domestic violence can provide you with the technical assistance you may need.

# Guía Para Proveedores de Servicios de Salud

ESTE MATERIAL FUE OBTENIDO Y ADAPTADO de una publicación titulada *Manual de Recursos para Familias que Sufren de Violencia Doméstica - Guía para Proveedores de Servicios Primarios de Salud (Family Violence Resource Manual - A Primary Health Care Provider's Guide)* producido por el Neighborhood Health Plan, escrito y compilado por Annie Lewis O'Connor MSN, MPH con la ayuda de Kathleen Bennett, MD, Trudy Brown-Ripin, MPH, Katy Kehoe and Lisa Taich-Daly. Para obtener una copia gratuita de el manual llame al: Neighborhood Health Plan al (617) 772-5500

La violencia doméstica es un tema abrumador. Algunas personas pueden sentirse abrumadas por sus experiencias como sobrevivientes o como causantes del abuso, o porque una persona cercana a ellos ha sido afectada personalmente por violencia doméstica. Otra razón puede ser que no hayan estado entrenados adecuadamente para responder de manera apropiada a casos de violencia doméstica. El recibir entrenamiento para el manejo de casos de violencia doméstica puede ser muy útil, pero no debemos olvidar

que los proveedores de servicios de salud no necesitan ser entrenados para intervenir adecuadamente en cualquier aspecto de los casos de violencia doméstica. Si usted notara síntomas cardíacos en un paciente, no dudaría en preguntarle al paciente sobre sus síntomas ni en referirlo o referirla a un especialista. De esta misma manera puede lidiar con la violencia doméstica; una vez que usted haya identificado los síntomas, los especialistas en el tema de violencia doméstica le pueden ofrecer la ayuda técnica que pueda necesitar.

Most clinicians feel that screening for domestic violence is a good idea, but don't believe they have time to fit these screenings into already rushed patient visits. However, even though they often face pressures to keep patient visits brief, many providers still find time to ask about seat belt use, smoking, and drug and alcohol use. If you take the time to ask about other safety issues, then why not briefly ask your patients about partner abuse?

If we look at how we currently take a health history, there are clearly some questions that provide us with little information to help our patients. For example, why are we conducting cranial nerve assessments and reflexes on a 22 year-old female who has no chief complaint? Why do we ask about bowel habits and not safety in relationships? Does it make sense to include these types of questions while neglecting to ask patients about the leading cause of injury to women? We suggest that your clinical team examine the changes that can/should be implemented and make the time to screen for domestic violence.

Many health care workers do not easily make changes in their practice styles. We were trained to conduct patient visits a certain way and even

though that way may not be applicable or make as much sense in the 1990's, we continue to cling to established ways of doing things. Ask yourself: does the review of systems and the associated physical exam that I routinely conduct make sense for this particular patient? Challenge yourself to become a better provider. What changes are you willing to make to find the time to screen for domestic violence.

It is common for providers to feel unsure of how to raise the issue, feel ill-equipped to respond if the patient is being abused, powerless to help, or concerned they will be "opening a can of worms" for the patients and for themselves. Most of these concerns can be addressed with simple training on how to identify and respond to cases of domestic violence. Feelings of powerlessness are probably mis-

guided. Physicians have had great success in counseling patients about smoking cessation, weight loss, and other behavior change. It is important to think through the above questions and realize which aspects of working with domestic violence will pose the most difficulty for you. Discussing cases with other, more experienced clinicians can also help ease your concerns and frustrations. ■



La mayor parte de los trabajadores clínicos piensan que sería buena idea incluir preguntas sobre violencia doméstica en sus consultas, pero sienten que no tienen suficiente tiempo como para añadir más preguntas a una consulta que ya es demasiado breve. Sin embargo, a pesar de sentirse presionados para mantener breves sus consultas, muchos de los proveedores de servicios de salud se dan tiempo para hacer preguntas sobre uso de alcohol, uso de drogas, y si utiliza su cinturón de seguridad. Si se dan tiempo para hacer preguntas sobre otros temas de seguridad del paciente entonces ¿por qué no incluyen también algunas preguntas sobre violencia doméstica?

Si prestamos atención a las preguntas que utilizamos al tomar la historia clínica de un paciente nos daremos cuenta que algunas de las preguntas nos dan muy poca información

para ayudar a nuestros pacientes. Por ejemplo, ¿para qué le hacemos una evaluación de reflejos y los nervios craneales a una paciente de 22 años que no tiene ninguna queja? ¿Para qué le preguntamos sobre sus movimientos intestinales y no sobre su seguridad en su relación íntima? ¿Es lógico incluir este tipo de preguntas mientras que nos negamos a preguntarles a nuestros pacientes sobre la causa principal de peligro en las mujeres? Les sugerimos que analicen los cambios que pueden/deben implementar y que se permitan algo de tiempo para hacer preguntas sobre violencia doméstica.

Es difícil para muchos trabajadores de salud hacer cambios en su práctica. Fuimos entrenados a llevar a cabo las consultas con nuestros pacientes de cierta manera y, a pesar de no ser una manera muy útil ni muy lógica en los años 90, continuamos con las mismas maneras de hacer las cosas. Pregúntese: si el proceso de la visita mé-

dica y el examen físico que forman parte de la consulta son necesarios con este paciente. El ser un mejor proveedor de servicios de salud debe ser un reto para usted. ¿Qué cambios está usted dispuesto a efectuar para permitir el tiempo necesario en una consulta para incorporar preguntas sobre violencia doméstica?

Es muy común que los proveedores de salud no se sientan muy seguros de como deben presentar el tema, o no se sientan preparados para lidiar con una paciente que es víctima de abuso, que no sepan como ayudarlo/ayudarla, o sientan que solo están creando una situación mas complicada para ellos y para la paciente. La mayor parte de estas dudas o situaciones pueden ser solucionadas fácilmente con un poco de entrenamiento sobre las maneras mas adecuadas de tratar los casos de violencia doméstica. El sentimiento de incapacidad para lidiar con estos casos no tiene bases en la realidad. Médicos han tenido gran éxito al aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar, que bajen de peso y que efectúen otros cambios en sus hábitos. Es muy importante considerar las preguntas que se han presentado y determinar en que aspecto siente usted que necesita ayuda para lidiar con violencia doméstica. El tener discusiones con otros trabajadores clínicos con mas experiencia también puede ayudarlo a sentirse mas preparado. ■



## Screening for Domestic Violence

Medical visits are one of the most important opportunities for identification of domestic violence. Identification can occur in an emergency room, in the context of primary care visits, OB/GYN visits, or pediatric visits. Battered women tend to present frequently for medical treatment, related to trauma, as well as for other types of medical visits. In fact, 20% of battered women have 11 or more physician visits because of trauma alone, and at least 30% of women seen in emergency rooms are abused (Chiambless, 1994). Medical encounters provide an opportunity for both identification through private patient interviews in a confidential setting and thorough physical examinations.

Screening for domestic violence should occur in the context of routine primary care, as well as in care for injuries (including emergency room care), obstetric and gynecological care, and during pediatric visits. Clinicians must be able to recognize the “red flag” medical symptoms that appear in a variety of clinic settings and also must incorporate domestic violence screening into routine care for all women.

### *Primary Care*

Women of all races, ages, income levels, educational backgrounds, and sexual orientations are vulnerable to domestic violence. Looking for a certain “type” of woman will miss crucial identification opportunities. The physical signs of abuse go beyond obvious trauma to vague complaints of chronic symptoms.

### *Care of Injuries*

Any woman who is treated for an injury, and particularly women who have been treated for injuries on mul-

iple occasions, should definitely be screened for domestic violence. This is particularly crucial for emergency room care. Up to 30% of women seen in emergency rooms have symptoms related to abuse. Physicians will often treat injuries without recognizing or responding to the abuse.

### *Obstetric Care*

There is considerable evidence that domestic violence increases during pregnancy and in the post-partum period. One study found a 64% reported increase in abuse during pregnancy while another found that abuse is more frequent during the three months postpartum than during the three month period pre-conception or during any of the three trimesters of pregnancy. Furthermore, during pregnancy, the violence is often directed at

the woman’s abdomen and can lead to spontaneous miscarriage, stillbirth, low birth weight, delayed prenatal care and increased substance abuse among pregnant women.

### *Gynecological Care*

Routine gynecological visits are key times to screen women for domestic violence. Many women consider their gynecologist their primary care provider, and some of the common physical complaints of battered women are gynecological in nature.

In summary, screening during physicals, episodic care, and routine follow-up (such as dispensing birth control or monitoring medication levels) communicates to patients that you are willing to assist women who are being victimized by someone close to them. ■



La visita al médico es una de las mejores oportunidades para identificar casos de violencia doméstica. Esto puede ocurrir en un cuarto de emergencias o en el contexto de una consulta con su médico general, con su Ginecólogo, o con el Pediatra. Las mujeres que son víctimas de violencia doméstica suelen atenderse frecuentemente con un médico para casos de trauma y para otros tipos de cuidados médicos. De hecho, el 20% de las mujeres que son víctimas de violencia doméstica han sido atendidas por un médico por causas de trauma y al menos el 30% de las mujeres que son atendidas en salas de emergencia son víctimas de violencia doméstica (Chiambliss, 1994). Consultas médicas no solo ofrecen una buena oportunidad para identificar casos de violencia doméstica a través de encuestas privadas y confidenciales con las pacientes, pero también para efectuar exámenes físicos extensos.

El identificar casos de violencia doméstica debe ocurrir dentro del contexto de una consulta rutinaria de salud general al igual que cuando la paciente se esta tratando por una lesión (incluso en cuidados de emergencia), una consulta de ginecología u obstetricia, o consultas de pediatría. Los trabajadores clínicos deben ser

capaces de identificar las señales claves de síntomas médicos que se presentan en diversas situaciones de cuidado clínico y también deben incorporar los pasos para la identificación de violencia doméstica en sus consultas rutinarias con todas sus pacientes.

### *Cuidado Primario*

Mujeres de todas razas, edades, niveles económicos, niveles de educación y orientación sexual son vulnerables a situaciones de violencia doméstica. El buscar un cierto “tipo” de mujer puede cegarnos a síntomas de violencia doméstica en otras mujeres. Las señales físicas de abuso van mas allá de lesiones obvias, pueden ser simplemente pequeñas quejas de síntomas crónicos.

### *Cuidado de Lesiones*

Cualquier mujer que ha sido tratada por lesiones, en particular las que han sido tratadas en varias ocasiones, deberían ser sometidas a los pasos para identificación de violencia doméstica. Esto es crucial en particular en los casos tratados en la sala de emergencias. Hasta un 30% de las mujeres que han sido tratadas en la sala de emergencias tienen síntomas de violencia doméstica. Médicos con frecuencia tratan las lesiones sin notar ni responder a los síntomas de abuso.

### *Cuidado Obstétrico*

Hay suficientes pruebas indican que la violencia doméstica aumenta durante el embarazo y en el período de post-parto. Los resultados de un estudio demostraron un aumento de 64% de abuso físico durante el embarazo, mientras que otro demostró que el abuso físico es más frecuente en los tres meses que siguen el parto comparado con los tres meses antes del embarazo ó cualquiera de los trimestres de el embarazo. Además, durante el embarazo, la violencia física está dirigida por lo general hacia el área del abdomen y puede causar problemas tales como un parto prematuro, un aborto, un bebé con poco peso, falta de cuidado prenatal y una mayor tendencia a abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas) entre las mujeres embarazadas.

### *Cuidado Ginecológico*

Consultas rutinarias con el ginecólogo son momentos claves para averiguar si una mujer se encuentra en una situación de violencia doméstica. Muchas mujeres consideran a su ginecólogo como su médico general y muchas de las quejas de dolor físico en mujeres que son víctimas de abuso, tienden a ser de ende ginecológico.

En breve, averiguar si una mujer es víctima de violencia doméstica durante sus consultas médicas rutinarias les demuestra a estas mujeres que usted está dispuesto/dispuesta a ayudarlas. ■

## Warning Signs of Abuse

The medical model of domestic violence looks at the physical pain and injury resulting from battering as an acute flare-up of an underlying, continuous experience of physical and psychological degradation. While it may be easier to detect the abuse when a woman is still showing physical signs of abuse, there are also underlying signals providers should look out for. **Always, always, always... review the medical record!** Many of these symptoms are patterns that are only visible over time. For some of these symptoms, it is not clear why they are common among abused women, but providers **should be particularly sensitive to patients who make repeated office visits with vague symptoms**, with particular attention to patients with the circumstances and conditions listed below:

### General

- Vague complaints
- Acute pain when no external injuries are visible
- Irritable bowel syndrome
- UTIs (Urinary Tract Infection)
- Chronic pain
- Fatigue

### Life Circumstances

(*high risk populations*)

- Women whose partners are jealous, possessive and controlling (*Do you find your partner is...?*)
- Women who are single, separated or divorced (*What led to your separation/divorce?*)

- Women who have obtained a restraining order (*Have you ever obtained a restraining order?*)
- Women who have been homeless (*What led to your homelessness?*)
- Women who do not have custody of their children (*How many times have you been pregnant? How many living children do you have? Are your children living with you?*)

### Medical Visits

- Women who frequently miss appointments, clock watchers
- Women with multiple somatic complaints with no etiology
- Women whose accompanying partner is overly protective, agitated, or aggressive

### Injuries

- Contusions, abrasions, burns, lacerations, gun and puncture wounds, injuries to face, neck, or throat
- Injuries to chest, breasts, abdomen or genitals
- Rib fractures, missing teeth, broken jaw, perforated ear drum, hematuria
- Injuries sustained during pregnancy, commonly to breasts or abdomen
- Multiple injuries in different stages of healing
- Injury inconsistent with patient's explanation
- Evidence of sexual assault
- Multiple sites of injuries
- Delay between injury and treatment

### OB/GYN

- Unwanted, unplanned or multiple pregnancies, Therapeutic Abortions, Spontaneous Abortions, Preterm labor, abruptio, previas, short-interval pregnancy.
- Injuries sustained during pregnancy, commonly to breasts or abdomen Recurrent gynecological disorders
- Pelvic pain
- STD's, HIV Infection
- UTIs (Urinary Tract Infections)

### Alcohol and Drugs

- Alcohol or drug abuse, particularly tranquilizers (self-medication)
- Continued use/abuse of alcohol or drugs during pregnancy
- Alcohol/drug abuse by a partner

### Mental Health

- Severe depression (many women suffer from varying levels of depression) *Including:* feelings of isolation, hopelessness, helplessness, sudden mood changes, crying easily or getting extremely agitated over minor incidents, problems with concentration, fatigue
- Eating disorders (anorexia, bulimia, compulsive overeating)
- Sleep disorders (insomnia, oversleeping, inability to stay asleep)
- Anxiety, panic attacks, chest pain
- Sexual dysfunction (decreased libido, inability to achieve orgasm)
- Suicide attempts or suicidal ideation
- Post Traumatic Stress Disorder ■

## Señales de Abuso Físico

El modelo médico de abuso físico considera el dolor y daño físico como una muestra de algo más profundo y continuo que incluye abuso físico y degradación psicológica. Mientras que es más fácil detectar abuso cuando aún hay marcas en la mujer, los proveedores de servicios de salud deben saber identificar otras señales más profundas y quizá más sutiles. **¡Siempre, siempre, siempre... revise el expediente médico!** Muchos de estos síntomas son patrones que solo se pueden identificar a través del tiempo. No está muy claro porque ciertos síntomas son comunes entre las mujeres que sufren de abuso físico pero los proveedores de servicios de salud **deben prestar atención en particular a las pacientes que tienen consultas frecuentes con síntomas poco precisos**, especialmente a pacientes que se encuentran en algunas de las circunstancias como las siguientes:

### Generales

- Quejas poco precisas
- Dolor agudo sin daño visible en el exterior
- Síndrome de colon irritable
- Infecciones de Vías Urinarias (UTI's)
- Dolor crónico
- Fatiga

### Circunstancias de Vida

(población con alto riesgo de violencia)

- Mujeres quienes tienen como pareja a alguien celoso, posesivo y controlador (*¿Usted siente que su pareja es...?*)
- Mujeres solteras, separadas o divorciadas (*¿Que causó su separación/divorcio?*)
- Mujeres que han obtenido una orden de protección contra su pareja (*¿Alguna vez ha obtenido una orden de protección?*)

- Mujeres que han estado sin residencia permanente (*¿Que causó su falta de residencia permanente?*)
- Mujeres que no tienen custodia de sus hijos (*¿Cuántas veces ha estado embarazada? ¿Cuántos hijos tiene con vida? ¿Viven sus hijos con usted?*)

### Visitas al Médico

- Mujeres que faltan a sus consultas con frecuencia, las que siempre están preocupadas por la hora, atentas al reloj
- Mujeres con quejas de dolor corporal múltiples sin etiología
- Mujeres que vienen con sus parejas y éstos son sobre protectores, están agitados o son agresivos

### Heridas

- Contusiones, raspaduras, quemaduras, laceraciones, heridas de pistola o de punzada, heridas en la cara, cuello o garganta
- Heridas en el pecho, los senos, el abdomen o los genitales
- Fracturas de costilla, de quijada, falta de dientes, perforación del tímpano del oído, hematuria
- Heridas sufridas durante el embarazo, comúnmente en los senos o el abdomen
- Múltiples heridas en diferentes etapas de recuperación
- Las heridas no son consistentes (no tienen sentido) con la explicación de la paciente
- Pruebas de violencia sexual
- Heridas en múltiples partes del cuerpo
- Retraso entre el momento que ocurrió la herida y la búsqueda de tratamiento

### Obstétrica/Ginecólogo

- Embarazos no deseados, no planeados o múltiples, abortos por indicación médica, abortos por causas na-

turales, inicio de parto antes de llegar al término del embarazo, abrupto, previas, poco tiempo entre sus embarazos

- Heridas sufridas durante el embarazo, comúnmente en los senos o el abdomen. Enfermedades ginecológicas que vuelven a aparecer varias veces.
- Dolor de pelvis
- Enfermedades transmitidas sexualmente, Infección de VIH
- Infecciones de Vías Urinarias

### Alcohol y Drogas

- Abuso de drogas y/o alcohol, en particular de tranquilizantes (automedicamento)
- Continuación de uso/abuso de alcohol o drogas durante el embarazo
- Su pareja abusa de drogas y alcohol

### Salud Mental

- Depresión severa (muchas mujeres padecen de diferentes grados de depresión) *Incluyendo:* sentimientos de aislamiento, de desesperanza, de impotencia, cambios repentinos de humor, llora con extrema facilidad o se excita con facilidad de una manera desproporcional al estímulo, tiene dificultad para concentrarse, fatiga
- Trastorno de hábitos de alimentación (anorexia, bulimia, comer compulsivamente en exceso)
- Trastorno en su ritmo de sueño (insomnio, ipersomnio, sueño interrumpido)
- Ansiedad, ataques de pánico, dolor de pecho
- Trastorno de funciones sexuales (disminución de deseo, anorgasmia)
- Intento de suicidio, pensamientos suicidas
- Neurosis Post Traumática

Research has shown that screening is most effective when:

- patients are asked about abuse directly by their providers, rather than asked indirectly via a written survey.
- a provider asks multiple questions about abuse during an interview
- a provider uses a structured list of questions to ask each patient about abuse
- a provider asks in a non-judgmental and genuinely concerned manner

Confiding in a provider about abuse often depends upon a patient's intuition and interpersonal relationship with that provider. Some patients may be more comfortable discussing abuse with a nurse rather than a physician, and some may feel more comfortable confiding in their physician only. Therefore, the more chances that the patient is given to disclose the abuse, the better.

### General Guidelines for Screening

- Interview all patients routinely as a regular part of history taking, whether or not you notice any warning signs.
- Before asking screening questions, separate the patient from her partner, parents, children, or accompanying friend. Always screen privately. If you are unable to screen a patient because a partner refuses to leave, note this in the medical record. Because it can be difficult to get boyfriends, husbands or significant others out of the examining room so that you can screen, it is helpful to have a health center policy that ALL patients must spend some time alone with their provider. Prominently display posters describing the policy in all waiting rooms and examining room walls in the health center (Example: **"We thank you and encourage you to accompany your partner to visits. We do ask that you allow the patient and the provider a brief amount of time alone. Your cooperation is appreciated. Thank you."**)
- Give a reason for your questions (i.e. "Because domestic violence is so common, I ask all my woman patients about it.").
- Assure the patient that the interview is confidential and will not be shared or reported without her permission.
- If you do notice that a patient exhibits warning signs, be extra thorough in your questioning and physical examination.
- Use active listening; sit down and focus on your patient. (Do not be writing in the medical record.)
- Project confidence, concern, and respect.
- Avoid stigmatizing terms like "battering," "abuse," or "violence."
- Use gender neutral language (use "partner," not "husband or boyfriend").
- Ask about physical, emotional, and sexual abuse.
- If your patient is disabled and accompanied by her personal care attendant, ask her attendant to briefly leave the examining room. You must ask the screening questions in private.
- Use an appropriately trained interpreter, never a friend, child, or relative.



Investigación ha demostrado que la identificación de violencia doméstica es más efectiva cuando:

- los proveedores de servicios de salud hacen las preguntas directamente a el o la paciente en lugar de hacerlo por escrito a través de una encuesta
- el proveedor de servicios de salud hace múltiples preguntas sobre abuso físico durante su visita privada
- el proveedor de servicios de salud utiliza una lista estructurada de preguntas sobre abuso físico con todas sus pacientes
- el proveedor de servicios de salud hace las preguntas sin formar ningún juicio y con verdadero interés en el bienestar de su paciente

El compartir con su proveedor de servicios de salud el abuso al que ha sido sometido o sometida depende frecuentemente de la intuición del paciente y de la relación que tiene el paciente con su proveedor de servicios de salud. Algunos pacientes se sienten más cómodos hablando sobre abuso físico con una enfermera en lugar de con un médico pero algunos prefieren discutirlo únicamente con su médico. Por lo tanto, entre más oportunidades tenga el o la paciente de compartir con alguien su situación, mejor.

### Instrucciones Generales para la Identificación de Violencia Doméstica

- Incorpore en su rutina de tomar la historia médica del paciente su entrevista privada sobre violencia doméstica, aunque el o la paciente no muestre signos de abuso físico.
- Antes de empezar las preguntas sobre violencia doméstica, separe al paciente de su pareja o de la persona o personas que la acompañan. Siempre haga sus preguntas sobre violencia doméstica en privado. Si la pareja se niega a dejar a el o la paciente sola y por lo tanto no puede hacerle las preguntas, anote esto en su expediente médico. Dado que es difícil separar a la pareja o a los padres o a la persona que acompañó a la paciente a la consulta sería útil crear un reglamento donde TODOS los pacientes deben tener un momento a solas con el proveedor de servicios de salud. Cuelgue en las salas de espera donde sea altamente visible, un letrero anunciando este reglamento (Por ejemplo: **“Le agradecemos que acompañe a su pareja a sus consultas, sin embargo es necesario que la paciente sea permitida estar a solas por unos momentos con el proveedor de servicios de salud. Agradecemos su cooperación. Gracias.”**)

- Explique en breve la razón por la cual hace estas preguntas (por ejemplo: “Dado que la violencia doméstica es tan común, les hago estas preguntas a todas mis pacientes”).
- Asegúrele a su paciente que esta entrevista es confidencial y que no será reportada ni compartida con nadie sin antes tener la autorización de la paciente.
- Si usted nota que la paciente muestra signos de abuso, trate de ser más detallado en sus preguntas y en el examen médico.
- Escuche atentamente: siéntese y enfóquese en la paciente. (No este escribiendo en el expediente médico.)
- Demuestre confianza, preocupación y respeto por la paciente.
- Evite el uso de términos que puedan acarrear una connotación negativa tales como “abuso,” “violencia,” o “golpiza.”
- Utilice términos neutrales en su lenguaje (utilice “pareja” en lugar de “marido o novio”).
- Pregunte sobre abuso físico, emocional y sexual.
- Si su paciente está incapacitada y es acompañada de su ayudante, pida a su ayudante que salga de el consultorio por un momento. Las preguntas sobre violencia doméstica se deben hacer en privado.
- Utilice un traductor profesional, nunca un amigo o amiga de la paciente, un hijo o pariente.

## Safety Issues in Screening:

Reassure your patient that you will not share any information she discloses with her batterer. If you sense that your patient does not feel safe or comfortable disclosing any information during the session, encourage her to contact you or another health care provider at the center whenever she is ready.

If the batterer is present at the center, and there are concerns about staff and/or patient safety, call security or the Response Team to discuss plans for their assistance and availability. Never become defensive or argumentative with a batterer; it is always best to “smother them with kindness.” Never attempt to mediate a domestic violence case. You and/or your patient may be seriously injured. Remember: while some batterers will maintain the appearance of being very nice and personable, others will not care who you are and may become violent if they become provoked or feel threatened.

Be proactive in protecting your own safety. (I ask all my survivors not to share my name with their batterer.

## Screening Questions

Following is an extensive list of questions that you may want to ask your patients. You should *not* feel obligated to ask *all* of these questions; we have included a long list here so that you may choose the questions **you feel most comfortable asking** and begin to incorporate them into your standard practice. Asking three or four standard screening questions during a patient session is both realistic and appropriate. We have listed some **general questions** that could be asked routinely of all patients as well

as some more specific questions to use in cases where you suspect abuse.

When asking these questions, **do not assume your patient’s partner is a man**. Start out asking these questions in a gender neutral way (“your partner”). Once your patient has referred to her partner as her boyfriend, husband, or girlfriend, follow her lead and refer to her partner the same way throughout the rest of the interview.

### GENERAL SCREENING QUESTIONS

- I see many women in my practice who are experiencing physical abuse from someone they love. Is this happening to you?
- I ask all of my women patients if they are in a relationship, if their partner ever makes them feel afraid or scared.
- Do you know where you could get help if you or someone you know was being hurt by a partner?
- Periodically I check in with all my patients... do you feel safe at home? Has your partner ever hit or hurt you? Does your partner ever force you to do sexual things you don’t want to do?

### WHEN YOU HAVE REASON TO SUSPECT ABUSE

- You seem to have some special concerns about your partner. Can you tell me more about these concerns? Are you afraid of your partner? Has your partner ever hurt you? What is the worst thing your partner has done to you?
- If you could change two things about your partner, what would they be?
- I notice you have a number of bruises. Could you tell me how you got them? Did someone hit you?
- You mentioned your partner uses drugs/alcohol. How does your partner act when drinking or on drugs?

Is s/he verbally abusive? Is s/he physically abusive?

- Does your partner ever hit, slap, kick or punch you? Does your partner ever threaten you with a weapon or any other object?
- Does your partner ever force you to have sex when you don’t wish to participate?
- Does your partner ever prevent you from going where you want, when you want, with whom you want?
- Do you ever feel that your partner is trying to control you?
- Does your partner ever call you names and put you down?
- Does your partner ever embarrass you in front of friends or family members?
- Does your partner ever damage or destroy objects that are important to you?
- If your partner or someone in your family were hurting you, do you know who you could turn to for help? ■

## Temas de Seguridad al Hacer Preguntas sobre Violencia Doméstica

Asegure a su paciente que esta información es confidencial y que no será compartida con el agresor. Si usted siente que su paciente no se siente segura o cómoda compartiendo información durante su cita, sugiérale que lo llame a usted o a otro proveedor de servicios de salud en su clínica cuando se sienta lista.

Si el agresor está en la clínica, y usted esta preocupado por la seguridad de sus empleados y de los pacientes, llame al departamento de seguridad o al Grupo de Asistencia (Response Team) para pedirles su ayuda y ver si están disponibles. Nunca discuta ni sea defensivo con un agresor; siempre es mejor “bañarlos de dulzura y cordialidad”. Nunca trate de intervenir en un caso de violencia doméstica. Usted o su paciente pueden resultar heridos. Recuerde que mientras que algunos agresores mantendrán las apariencias de ser buenas gentes y amigables, otros no les importa mantener las apariencias y pueden volverse violentos si se les provoca o se sienten amenazados.

Tome precauciones para su propia seguridad. (Siempre les pido a mis pacientes que no mencionen mi nombre a sus agresores).

## Preguntas sobre Violencia Doméstica

En seguida se encuentra una lista extensa de preguntas que puede hacerles a sus pacientes. No se sienta *obligado* a preguntarlas *todas*; hemos incluido una lista bastante larga para que usted pueda **escoger las preguntas que le sean mas fáciles de hacer** y empezar a incorporarlas en su práctica médica. Hacer tres o cuatro de estas

preguntas durante su consulta es apropiado y realista. Hemos incluido unas **preguntas generales** que se pueden usar normalmente con todas sus pacientes y otras **preguntas mas específicas** para utilizar en los casos donde usted sospeche que existe violencia doméstica.

Al hacer estas preguntas, **nunca asuma que la pareja de su paciente es un hombre**. Siempre empiece con sus preguntas utilizando un genero neutral (“su pareja”). Una vez que su paciente se refiera a su pareja como su novio, marido, o novia, puede usted referirse a la pareja de la misma manera.

### PREGUNTAS GENERALES

- En mi práctica atiendo a muchas mujeres que son víctimas de abuso físico. ¿Le ha sucedido esto a usted?
- Les pregunto a todas mis pacientes que tienen una relación íntima si su pareja las atemoriza o las hace sentir miedo.
- ¿Sabe usted donde conseguir ayuda si usted o alguien que usted conoce está siendo lastimada por su pareja?
- Periódicamente les pregunto lo siguiente a todas mis pacientes... ¿Se siente usted segura en su casa? ¿Alguna vez la ha golpeado su pareja o lastimado de alguna manera? ¿La ha forzado alguna vez a hacer algo sexual que usted no quiere hacer?

### PREGUNTAS PARA CUANDO USTED SOSPECHE QUE EXISTE VIOLENCIA DOMÉSTICA

- Usted parece tener ciertas inquietudes sobre su pareja. ¿Me puede decir un poco mas sobre estas inquietudes? ¿Le teme usted a su pareja? ¿Alguna vez la a lastimado? ¿Que es lo peor que le ha hecho su pareja?
- ¿Si usted pudiera cambiar dos cosas en su pareja, que serían?

- He notado que tiene muchos moretones (cardenales). ¿Me puede decir como sucedieron? ¿La golpeó alguien?
- Usted me mencionó que su pareja usa drogas/alcohol. ¿Como se comporta su pareja cuando ha bebido o cuando ha usado drogas? ¿Es abusivo/abusiva? ¿Físicamente?
- ¿Alguna vez la ha cacheteado, golpeado o pateado? ¿Alguna vez la ha amenazado con un arma u otro objeto?
- ¿Alguna vez la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no ha querido?
- ¿Le ha prohibido alguna vez de ir a donde usted quiera, cuando usted quiera y con quien usted quiera?
- ¿Alguna vez ha sentido que su pareja esta tratando de controlarla?
- ¿Alguna vez le ha dicho cosas que la lastimen o se ha dirigido a usted de manera despectiva?
- ¿Alguna vez la ha avergonzado en frente de su familia o amigos?
- ¿Alguna vez ha destruido o dañado cosas que le sean importantes a usted?
- ¿Si su pareja o alguien en su familia le causara daño, sabe usted a quien le puede pedir ayuda? ■



## When A Patient Discloses Abuse

Before asking your patients whether they are experiencing domestic violence, it is crucial to **make sure that you are ready to respond** to a positive screen. On an institutional level, it is **important that a health center has adequate structures in place** to provide referrals and immediate advocacy/support to the patient. On an individual level, **providers** should have referrals on hand, literature to give to patients about domestic violence, and should be sensitive and supportive. When a patient discloses abuse to you, you should take the following steps:

- **Assess** the current situation and level of risk.
- Clearly **document** her history, symptoms, and any physical findings in her medical chart.
- If your patient is thinking of pressing charges against her batterer now or in the future, **collect forensic evidence**, and **photograph injuries** with a Polaroid camera.
- **Reassure** her that you are concerned for her safety and leave the door open for future discussions.
- **Encourage** her to consider all of her resources and options and to consider what she would do to assure her safety if she made the decision to leave.
- **Develop a safety plan together.** The safety plan will vary, depend-



## Cuando la Paciente Revela Abuso

Antes de preguntarle a sus pacientes si han sido víctimas de violencia doméstica, es de gran importancia **asegurarse que usted está preparado para lidiar con alguien que revele estar en una situación de violencia.** A nivel institucional, **es importante que un centro de salud tenga los sistemas necesarios** para ofrecer referencias y apoyo inmediato a la paciente. A nivel individual, **los proveedores de servicios de salud** deben tener a la mano referencias e información escrita sobre violencia doméstica para darle a la paciente. Deben ser sensibles y ofrecer su apoyo. Cuando una paciente le revele estar en una situación de violencia usted debe tomar los siguientes pasos:

- **Considere** la situación y el nivel de riesgo.
- **Documente** claramente su historia médica, sus síntomas y cualquier otro daño físico que encuentre en la paciente en su expediente médico.
- Si su paciente está considerando levantar cargos en contra de su agre-

sor ahora o en el futuro, **obtenga evidencia forense, y tome fotos de las heridas con una cámara Polaroid.**

- **Asegure** a su paciente que usted solo está interesado en su seguridad y que sienta la confianza de contactarlo para discutir más sobre el tema si ella lo desea.
- **Anímela** a que considere todos sus recursos y opciones y que considere lo que debe hacer para garantizar su seguridad si llegara a decidir dejar su situación de violencia.
- **Ayúdela a desarrollar un plan de seguridad.** El plan de seguridad será distinto dependiendo si decide quedarse o salirse de la relación.
- **Eduque a su paciente sobre violencia doméstica.** Explique verbalmente el ciclo de violencia y luego enlace sus sentimientos y síntomas en relación a su situación de víctima de abuso, ofrézcale información escrita que se pueda llevar con ella.
- Aunque no esté lista para utilizar ni aceptar otros recursos inmediata-

ing on whether she plans to stay or to leave the relationship.

- **Educate your patient about domestic violence.** Verbally explain the cycle of violence and then tie in her feelings and symptoms as they relate to being abused, offer her printed education materials to take with her.
- Though she may not be immediately ready to accept or utilize other resources, let her know what kind of assistance is available; **give her important phone numbers, such as hotlines and other emergency numbers.**
- Make a **follow-up plan** with your patient that includes booking her next appointment (if it is to be with you), answering questions, how to safely contact her, etc.

Providers do not need to be equipped to respond to all these concerns, but should provide support and referrals. Providers should also be aware that, like any behavioral change, the patient may not be ready to take action immediately. Don't give up!

## How to Respond When a Patient Discloses Abuse

### WHAT TO AVOID DOING:

- asking questions that will illicit a 'Yes' or 'No' response.
- making assumptions of any kind.
- violating the victim's privacy and confidentiality.
- discussions with a victim in front of children, partners, others.
- asking a victim "Why" — 'Why didn't you tell someone?' 'Why didn't you leave?' 'Why do you put up with this?'
- asking what she did to 'cause' this.
- telling her what is best for her.

- using the word 'Should' — 'You should have left', 'You should have called the police, etc. (Instead, say: 'Here are some of your options, you need to do what you think is best for you and your children.')
- making promises — 'I know s/he will get arrested,' 'A restraining order will keep you safe,' 'If you leave, you'll be safer/happier,' etc.
- implementing or making referrals for services without the consent of the victim.

### INSTEAD, MAKE VALIDATING STATEMENTS:

- No one deserves to be beaten.
- I believe you.
- It is unlikely that this violence will stop.
- I'm afraid for your safety and the safety of your children.
- I'm here for you when you are ready.
- There is help for you when you are ready.
- I'm so sorry this is happening to you.

### TELL HER:

"I want you to know that I think you are a strong, courageous woman. I wish you well and I want you to live without violence or fear."

## Assessing Risk

If a woman discloses that she is being abused, the first step is to help her to evaluate the risk and potential for ongoing and serious injuries to her and her children. Abused women often downplay or minimize the danger they are in. Understanding this, the provider should ask the abused woman a few specific questions which may enable her to realistically examine her situation.

### USEFUL QUESTIONS TO ASK TO ASSESS RISK

- How does s/he threaten you? Verbally? Physically?"
- What does s/he say when s/he threatens you?
- Does s/he threaten your children?
- Does s/he own any weapons? Has s/he ever used a weapon on you?
- Does s/he have access to a gun?
- Has s/he ever assaulted you with household objects, such as cords, knives, etc.
- Can you describe the most frightening incident that you have experienced?
- What is the worst thing your partner has ever done to you?

As a provider, your role is to provide support to your patient, help her explore her options, and make referrals. **Do not, under any circumstances, make decisions for her or tell her what you think is best for her.**

mente, hágala saber que tipo de ayuda existe; **dele números de teléfono importantes tales como los números de teléfono para servicios de asistencia y otros números de emergencia.**

- Ayúdela a formar un **plan de continuación** que incluya hacer su próxima cita (si va a ser con usted), contestar preguntas, como poder localizarla de manera que proteja su seguridad, etc.

Los proveedores de servicios de salud no necesitan estar preparados para atender todas estas necesidades pero deben al menos ofrecer apoyo y referencias. Los proveedores deben también estar conscientes de que, como cualquier otro cambio de comportamiento, la paciente puede no estar lista para hacer el cambio inmediatamente. No se de por vencido!

### Como Debe Responder Cuando Una Paciente Revela Abuso

DEBE EVITAR HACER LO SIGUIENTE:

- hacer preguntas que solo tengan como respuesta “sí” o “no.”
- asumir cualquier cosa.
- violar la privacidad y confidencialidad de la paciente.
- discusiones con la paciente frente a sus hijos, su pareja u otros.
- preguntarle a la paciente “¿Por qué?” – ‘¿Por qué no le ha dicho a nadie?’  
‘¿Por qué no se ha salido de la situación?’ ‘¿Por qué ha tolerado esto?’
- preguntarle a la paciente lo que ha hecho para ‘causar’ esto
- decirle a la paciente lo que es mejor para ella
- usar la palabra ‘debería’ — ‘Usted debería haberse salido de la situación’, ‘Usted debería haber llamado

a la policía, etc... (En lugar de esto usted debe decir: ‘Estas son unas de sus opciones, usted debe hacer lo que le parezca mejor para usted y sus hijos.’)

- hacer promesas – ‘Se que lo/la van a arrestar,’ ‘Una orden de restricción le dará seguridad,’ ‘Si se sale de la relación usted estará mas segura/contenta,’ etc.
- implementar o hacer referencias si la autorización de la paciente.

USE FRASES QUE LO/LA ALIENTEN:

- Nadie merece ser golpeada.
- Yo le creo.
- No es probable que la violencia se detenga.
- Temo por su seguridad y la de sus hijos.
- Estoy a sus órdenes cuando usted este lista.
- Hay ayuda cuando usted este lista para recibirla.
- Siento mucho que esto le este sucediendo a usted.

DÍGALE:

“Quiero que sepa que yo la considero una persona fuerte y valiente. Le deseo lo mejor y me gustaría que viviera sin violencia y sin miedo.”

### Consideración de Riesgos

Si una mujer revela que es víctima de abuso, lo primero que debe hacer es ayudarla a **evaluar el riesgo** en que se encuentra y el potencial de daño al que se exponen ella y sus hijos. Mujeres que son víctimas de abuso comúnmente minimalizan el riesgo en que se encuentran. Tomando esto en cuenta, el proveedor de servicios de salud debe **hacer algunas preguntas específicas** a la paciente para que estas la ayuden a ser mas realista al evaluar su situación.

PREGUNTAS ÚTILES PARA CALCULAR EL NIVEL DE RIESGO

- ¿De que manera la amenaza? ¿Verbalmente? ¿Físicamente?
- ¿Qué le dice cuando la amenaza?
- ¿Amenaza a sus hijos?
- ¿Tiene armas? ¿Alguna vez ha usado un arma contra usted?
- ¿Tiene acceso a una pistola?
- ¿Alguna vez la ha atacado con cosas de la casa como cordones, cuchillos, etc?
- ¿Puede describir el momento mas aterradorante que ha tenido?
- ¿Que es lo peor que su pareja le ha hecho?

Como proveedor de servicios de salud su papel es el de apoyar a su paciente, ayudarla a considerar sus opciones y hacer referencias. **No haga, bajo ninguna circunstancia, decisiones por ella ni le diga lo que usted piensa que es mejor para ella.**



## Exploring Options

To help the abused woman consider her options and to help her create a larger support network, ask her several of the questions below:

- Do you know anyone who has been in a similar situation? Would you feel comfortable talking to them about your situation?
- Who in your support network can you go to for help?
- Who listens to you? Who do you trust? Who can you confide in?
- Who do you think would support your actions and feelings in this difficult situation?
- When you are in distress and need someone to talk to, who can you call on the telephone at any hour?
- What relatives and/or friends are available to you now, both in this area and outside of this area?
- Who might be able and willing to provide you with temporary safe housing, lend you some money, help you with transportation, food, child care, etc.?
- Is there anyone you can ask to go to the police or the courts with you?

## Making a Safety Plan

Once you have asked some basic questions to encourage her to start thinking about her options, you should help her make a specific plan to ensure her safety. The plan may involve no immediate action right now, but could create an escape plan in case she needs to leave suddenly or at a later time. If you are unable to help her develop a safety plan, find someone else who is qualified and available to help her.

There is no one safety plan that applies to all battered women. Plans need to be individualized and take into consideration each woman's particular circumstances at that time. In general, the key to developing a safety plan is to work with the woman to identify what resources she has available and where obstacles exist (there are always some), and then work with her to find alternatives. Below, we have listed some considerations in safety planning. We have also attached a sample safety planning

worksheet that you can complete with your patient, or that you may photocopy for future use if she does not want to make a plan that day (if it is safe for her to take it with her).

### Safety Plan Guidelines

#### FINANCIAL ISSUES

- Advise her to keep some money available. Talk about where she can keep the money hidden so that she has access to it.
- If there is a bank account involved, plan how to get access to the money in ways that do not arouse suspicion (e.g. withdrawing large amounts of money at once and not revealing her whereabouts once she has left) as some bank statements list where money was withdrawn).
- If she receives AFDC or other government assistance, plan around the dates that she receives the checks. This may be an important aspect of deciding when, where and how to leave. She may want to make ar-

rangements to have the check mailed to another address or Post Office box if she can afford it (although checks cannot go to P.O. boxes, unless specific authorization is granted).

- Advise her to consider direct deposit if available and advisable in her situation.

#### TRANSPORTATION ISSUES

- If there is a car, advise her to keep an extra set of keys accessible.
- Discuss whether taking the car is the best alternative for her, or whether it could reveal her whereabouts. Is he likely to drive around looking for the car and/or report it stolen?
- If your facility has transportation options, such as vouchers, help her to obtain access to these.
- If public transportation is the only option, help her plan how to get to it. Help her identify what obstacles might be present, such as coordinating schedules, children, clothes, etc.



## Considerando sus Opciones

Para ayudar a una mujer que ha sido víctima de abuso debe considerar todas sus opciones y ayudarla a crear una red de apoyo mas amplia, hágale varias de las siguientes preguntas:

- ¿Conoce usted a alguien que ha estado en una situación similar?
- ¿Se sentiría usted cómoda hablando con ella/el sobre su situación?
- De las personas en su red de apoyo, ¿a quien puede acudir para pedir ayuda?
- ¿Quien la escucha? ¿En quien confía usted? ¿De quien puede fiarse?
- ¿Quien cree usted que va a apoyar sus acciones y sus sentimientos en esta situación tan difícil?
- ¿Cuando se encuentre usted angustiada y necesite hablar con alguien, a quien puede llamar por teléfono a cualquier hora?
- ¿Que familiares y/o amigos tiene cerca de usted ahora, en esta área, y lejos de aquí?
- ¿Quien podría ayudarla y estaría dispuesto a ofrecerle temporalmente casa, algo de dinero, ayuda con transporte, comida, cuidado de sus hijos, etc.?
- ¿Tiene a alguien que la acompañe a el juzgado o a la policía? ■

## Creando un Plan de Seguridad

Una vez que le haya hecho varias de las preguntas básicas para ayudarla a pensar sobre sus opciones, debe ayudarla a crear un plan *específico* para asegurar su seguridad. El plan puede incluir el no tomar ningún tipo de acción por ahora pero puede crear un plan de escape en caso de que tenga que escapar de inmediato o mas adelante. Si usted no puede ayudarla a desarrollar un plan de seguridad, encuentre a alguien que esté preparado para ayudarla y pueda hacerlo.

No hay un solo plan que sirva para todas las mujeres que son víctimas de abuso. Cada plan debe ser *individualizado* y tomar en consideración las circunstancias particulares de cada mujer en ese momento. Por lo general, la clave para desarrollar un plan de seguridad es poder identificar junto con la paciente los recursos que tiene disponibles y los obstáculos que existen (siempre hay algunos), y de ahí buscar alternativas. A continuación tenemos algunas consideraciones que se deben tener al crear un plan de

seguridad. También hemos incluido un ejemplo de un formulario para desarrollar un plan de seguridad que puede llenar con su paciente, o que puede usar para sacarle copias para usarlo en un futuro si ella no quiere desarrollar el plan en ese momento (si no es peligroso que se lo lleve con ella).

### Guía para Desarrollar un Plan de Seguridad

#### CONSIDERACIÓN DE FINANZAS

- Aconséjele que tenga algo de dinero disponible. Hablen de los lugares donde puede esconder el dinero para que ella tenga acceso a el.
- Si tienen alguna cuenta de banco, planeen maneras que ella pueda tener acceso al dinero sin despertar sospecha (por ejemplo: sacando una cantidad fuerte de dinero en una transacción sin revelar donde se encuentra ella una vez que se ha marchado) ya que muchos estados de cuenta identifican el lugar donde fue hecha la transacción.

- Si ella recibe AFDC (Asistencia para Familias con Hijos Dependientes) o alguna otra asistencia pública, considere las fechas de pago al hacer el plan de seguridad. Esto puede ser de gran importancia al decidir cuando, dónde y cómo partir. Quizá ella quiera hacer los arreglos para que le envíen los pagos a otra dirección o, si puede pagarla, a una caja postal (aunque los pagos del gobierno no se pueden enviar a una caja postal a menos que se haya conseguido una autorización).
- Aconséjele que considere un depósito automático si lo hay y si es recomendable en su situación.

#### LA CUESTIÓN DE TRANSPORTE

- Si hay un coche, aconséjele que tenga una copia de las llaves a la mano.
- Consideren si es la mejor alternativa que ella se lleve el coche, o si de esa manera sería fácil localizarla. ¿Sería probable que su pareja busque el coche o lo reporte como robado?

## DOCUMENTS AND OTHER NEEDED MATERIALS

- Help her identify documents that may be important for her to have, e.g. birth certificates, health information, legal documents, social security cards, etc.
- Identify which documents are absolutely essential and which she does not need immediately. Consider how she can obtain these without compromising her safety.
- While these documents make the transition smoother once a woman decides to leave and relocate, **it is not absolutely necessary that these documents be obtained before she can leave. The first priority is her safety.**
- Documents and other items she wants to bring with her should be maintained in a safe place. This may be a room, closet, area of the home where the batterer does not usually go, or may be in the home of a friend or family member.

## PLAN AN ESCAPE ROUTE

- Plan where she could go and who could help her.
- Plan a way to get there, as well as some alternative ways to get there in case she needs to take a route with which the batterer is not familiar.

## SUPPORT SYSTEM

- Identify helpful people in her social and family network (including her church and community).
- Identify people who would *not* be helpful or who, out of fear, might compromise her safety. It is important that she think about this carefully to avoid giving information to people who might inadvertently let something slip to the batterer.
- While she is still in the home, have her consider finding someone to call for help if needed, and to check in

with her on a regular basis to make sure she is safe.

## CHILDREN

- Help her think about what to tell the children before and during the time they are relocating.
- The plan may include leaving the children with someone else.
- Trust the woman's ability to ascertain what is and what is not safe for the children. ■

## When and Where to Refer Patients

### When to Refer

When making referral decisions, you should consider the structures your health center has in place internally to respond to domestic violence cases, your own comfort level with domestic violence issues, the availability of resources outside the health center for referral, and the likelihood that a patient will utilize the outside services if referred. If you have an "expert" on site, a response team, or another clinician with more experience than you, do not hesitate to consult with that person for advice and guidance.

### Where to Refer

It is important to research your resources prior to screening for domestic violence. Resources should be located in a convenient and safe place. It may help you to complete the following list, photocopy it, and make sure copies are available in every exam room. Be sure to include the name of the organization, location, department, telephone/beeper numbers, etc.

- In-house resources are (list names, titles, phone numbers):

- Local shelters and contacts within the shelter:
- Victim Witness Advocates in our local district courts are:
- Names of the police officers in our area who are part of a Domestic Violence Unit, or who are experienced in dealing with domestic violence:
- Names of clergy who are educated about the issues that face victims of violence:
- Name of the Social Services Domestic Violence Specialist who covers our area:
- Resources for patients with special needs, including interpreters in languages commonly spoken by outpatients, resources for disabled patients, etc.
- Social workers and psychologists who have developed expertise in dealing with victims of violence: ■

- Si su clínica tiene opciones para transporte tales como vales, ayúdela a obtener acceso a ellos.
- Si el transporte público es su única opción, ayúdela a planear como llegar a él. Ayúdela a identificar los obstáculos que se puedan presentar tales como coordinación de horarios, niños, ropa, etc.

#### DOCUMENTOS Y OTROS

##### MATERIALES NECESARIOS

- Ayúdela a identificar los documentos que le es importante tener, por ejemplo: actas de nacimiento, información médica, documentos legales, tarjetas de seguro social, etc.
- Identifique que documentos son esenciales y cuales no necesita inmediatamente. Consideren de que manera puede ella obtener estos sin comprometer su seguridad.
- Aunque el tener estos documentos puede facilitar la transición una vez que la mujer decide partir, **no es esencial que obtenga estos documentos antes de partir. Lo más importante es su seguridad.**
- Documentos y otras cosas que quiera llevar con ella deben estar guardados en un lugar seguro. Esto puede ser en un cuarto, un closet, un área de la casa que el agresor no utiliza normalmente, o la casa de una amiga o familiar.

#### PLANEE SU RUTA DE ESCAPE

- Planee a donde puede irse y quien la puede ayudar.
- Planee de que manera va a llegar ahí al igual que caminos alternativos en caso que tenga que tomar un camino que el agresor desconozca.

#### SISTEMA DE APOYO

- Identifiquen un grupo de personas en su red de amigos y familiares que

la puedan ayudar (incluyendo gente de su iglesia y comunidad).

- Identifiquen quienes serían las personas que no la podrían ayudar o que por temor podrían hasta comprometer su seguridad. Es muy importante que ella piense en esto cuidadosamente para evitar revelar información a gente que sin querer puedan decir algo frente al agresor.
- Mientras ella se encuentre en su casa, aconséjela que piense en algu-

na persona a quien pueda llamar en caso de necesidad y que la llame regularmente para asegurarse que esta bien.

#### HIJOS

- Ayúdela a pensar en lo que va a decirle a sus hijos antes de y durante el período de transición.
- El plan puede incluir dejar a sus hijos con otra persona.
- Confíe en la capacidad de la mujer para determinar lo que es y no es seguro para sus hijos. ■

## Cuando y a Donde Referir a Sus Pacientes

### Cuándo debe Referir a sus Pacientes

Cuando tome la decisión de referir a su paciente debe tomar en cuenta los sistemas internos que tiene su centro de salud para responder a casos de violencia doméstica, su nivel de comodidad con temas de violencia doméstica, la disponibilidad de recursos fuera de su centro de salud y la probabilidad de que su paciente utilice estos recursos si es referida a ellos. Si hay un “experto” en su centro de salud, un equipo de asistencia (response team), o otro trabajador clínico con mas experiencia que usted, no dude en consultar el caso con esa persona para que lo aconseje y lo guíe.

### A Dónde Referir a sus Pacientes

Es importante investigar todos los recursos que estén disponibles antes de intentar identificar los casos de violencia doméstica. Los recursos deben estar localizados en un lugar seguro y conveniente. Puede serle útil llenar el siguiente formulario, sacarle copias y asegurarse que haya copias disponi-

bles en cada consultorio. Asegúrese de incluir el nombre de la organización, la dirección, el departamento, el número de teléfono/beeper, etc.

- Recursos dentro del centro de salud son (incluya una lista de nombres, títulos y números de teléfono)
- Albergue Local y nombres de contactos dentro del albergue:
- Personas de Apoyo para Víctimas en nuestros juzgados locales son:
- Nombres de policías en su área que pertenecen a Unidad de Violencia Doméstica, o que tienen experiencia con casos de violencia doméstica:
- Nombres de cleros que tienen conocimiento sobre las situaciones a las que se enfrentan las víctimas de violencia doméstica:
- El nombre del Especialista en Casos de Violencia Doméstica del Servicio Social de su área:
- Recursos para pacientes con necesidades especiales, incluyendo traductores de idiomas que son comunes entre los pacientes, recursos para pacientes incapacitados, etc.
- Trabajadores sociales y psicólogos que se han convertido en expertos en el trato de víctimas de violencia:

Accurate, careful, and thorough chart documentation, photography of injuries, and collection of physical evidence may serve as the basis for legal prosecution of batterers. In a legal case against a batterer, these kinds of documentation often become legal documents that are submitted into evidence. Careful collection and preservation of forensic evidence can help bring perpetrators to justice and break the cycle of abuse in your patients' lives.

**Whether or not your patient admits or denies abuse, you should precisely and thoroughly document all of your observations in her medical record.** In particular, you should carefully document your patient's injuries and perceptions of danger/fear. Documentation provides concrete evidence of abuse and violence and may be used in a court of law.

Many of the things you should document will come up as a result of your asking screening questions and conducting a lethality assessment. Listening carefully to your patient is very important.

**Chief Complaint:** Document the chief complaint in the patient's own words. Sometimes a patient's chief complaint is vague and may only refer to abuse indirectly "patient complains of frequent headaches and feelings of hopelessness." Other times, a patient's chief complaint directly describes an

abusive incident: "Patient reports she was hit by her husband's fist three times at 9 p.m. this evening. She states she was hit at least three times in the face, then kicked in the abdomen and the back."

**DO NOT use phrases like "patient alleges."** This implies that you may not believe her. Instead use phrases such as, "patient reports," or "patient states."

- Gather specific details of the incident, including:
  - date, time, and location where abuse occurred
  - specific assault/injuries (twisted my arm, bit my shoulder, kicked my back)
  - any weapons used (furniture, cords, threaten with a knife)
  - any threats
  - patient's fears
  - any witnesses
- Remember that gun shot wounds, stabbing and extensive burns must be reported to the police.
- Record your assessment of how well the patient's explanation fits with her injuries. For example: "Injuries are consistent with the history given by the patient" or "Injuries are not consistent with the history given by the patient."
- Use body maps to document location and size of injuries.
- Offer to photograph your patient's injuries in order to obtain complete and thorough documentation. ■

La documentación cuidadosa en el expediente médico, fotos de las heridas, y una colección de evidencia física puede servir como base en una acusación legal contra los agresores. En una acusación legal contra un agresor, este tipo de documentación se convierte frecuentemente en evidencia. La colección y conserva de evidencia forense puede ayudar para que a través del sistema legal se lleve a justicia al agresor y se rompa el ciclo de violencia en la vida de su paciente.

**Sin importar si su paciente admite o niega que ha sufrido de violencia doméstica, usted debe documentar muy cuidadosa y detalladamente todas sus observaciones en su expediente médico.** En particular, debe documentar cuidadosamente las heridas de la paciente y su percepción de peligro/temor. Esta documentación ofrece la evidencia concreta del abuso y la violencia y puede ser usada en un juzgado.

Muchas de las cosas que usted debe documentar serán el resultado de sus preguntas sobre violencia doméstica y su evaluación de nivel de peligro. Escuchar atentamente a su paciente es muy importante.

**Queja Principal:** Documente la queja principal en las palabras de la paciente. Algunas veces su queja principal es vaga y puede solo referirse al abuso indirectamente “la paciente se queja de dolores de cabeza frecuentes y de un sentimiento de desesperanza.” Otras veces, la queja principal de la paciente describe directamente una situación de violencia: “La

paciente cuenta que su marido la ha golpeado tres veces con el puño a las 9 p.m. esta noche. Ella dice que el la golpeó por lo menos tres veces en la cara y luego la pateó en el abdomen y la espalda.”

**NO USE frases como “la paciente alega.”** Esto implica que usted no cree lo que ha dicho la paciente. En su lugar use frases tales como, “la paciente reporta,” o “la paciente dice.”

- Obtenga detalles específicos de los incidentes, incluyendo:
  - la fecha, la hora y el lugar donde ocurrió el incidente
  - especifique las heridas/los ataques (torció mi brazo, me mordió el hombro, me pateó en la espalda)
  - si uso alguna arma (muebles, cordones, amenazas con un cuchillo)
  - cualquier amenaza
  - los temores de la paciente
  - si hubo testigos
- Recuerde que en casos de heridas de bala, cuchillazos y quemaduras extensas se **tiene** que dar parte a la policía.
- Anote su evaluación de como se acomoda la explicación de la paciente con sus heridas. Por ejemplo: “las heridas coinciden con la descripción dada por la paciente” o “las heridas no coinciden con la descripción dada por la paciente.”
- Use mapas del cuerpo para documentar el lugar y el tamaño de las heridas.
- Ofrezca tomar fotos de las heridas para obtener una documentación completa. ■

## Documentation DOs and DON'Ts

### Do NOT

- use judgmental and interpretive words in your documentation. Example: "Patient hysterical, Patient distraught."
- use the word allege "Patient alleges she was hit in right eye."
- include irrelevant details. Example: "Patient reports that she and her boyfriend got high two hours before the incident occurred. Patient is a former prostitute." Irrelevant details can be used against a survivor in a court of law and/or may bias other providers against a survivor in the future. No one deserves to be abused. Focus on the abuse and the perpetrator, not characteristics of the survivor that you may find questionable.
- be judgmental if the patient isn't ready to get help: "Patient refuses to go to shelter...patient refuses social services"

### Do

- be descriptive in your documentation. For example: "Patient shaking, crying, wringing hands, clothes ripped, blood on shirt"
- be factual and include detail: "Patient is a 23year-old single female who reports that boyfriend 'John' hit her three times in the face with his right fist last night. Patient states this has happened many times before, but that this is the first time she has needed medical attention. "
- focus on and record important details of the incident, such as the time, date, weapons used, witnesses, specific assaults/injuries, etc. (See above for specific example.)

### COMMENTS

Describe exactly what you SEE, do not judge it, generalize it or interpret it. Defense attorneys often try to use subjective 'labeling' terms against the victim in court.

"Alleges" implies that the provider might not fully believe what the patient says. While the legal community must use "allege" until such time as guilt been decided, medical personnel do not need to.

Mention that you offered to connect the patient with appropriate services: "Patient referred to court.... to shelter ... to social services..." Survivors may not yet be ready to take advantage of offered services for a myriad of reasons. Using words such as 'refuse' it makes a patient appear non-compliant and disinterested in helping herself. Just because a patient doesn't accept services during the session does not mean she will not use them a week or a month. ■

## Lo que DEBE y NO DEBE Hacer al Documentar el Caso

### NO DEBE:

- Use palabras que juzguen o interpreten la situación en su documentación. Por ejemplo: “La paciente esta histérica, la paciente esta turbada.”
- Use la palabra alegar. “La paciente alega que fue golpeada en el ojo derecho.”
- Use detalles que no sean aplicables. Por ejemplo: “La paciente dice que ella y su novio se drogaron dos horas antes de que ocurriera el incidente. La paciente era prostituta.”
- Juzgue a la paciente si ésta no esta lista para aceptar ayuda: “La paciente se niega a ir a un albergue... la paciente rechaza toda ayuda de servicios sociales

### DEBE:

- Sea detallado en su descripción. Por ejemplo: “la paciente esta temblando, llorando, tallandose las manos, la ropa esta desgarrada y tiene sangre en la blusa.”
- Sea preciso e incluya detalles: “La paciente tiene 23 años, soltera, y dice que su novio ‘John’ la golpeó anoche tres veces en la cara con su puño derecho. La paciente indica que esto ha sucedido muchas veces antes pero esta es la primera vez que ha necesitado atención médica.
- Enfóquese en los detalles importantes del incidente tales como la hora, la fecha, si uso armas, si hubo testigos, ataques específicos/heridas, etc.



## COMENTARIOS

Describa exactamente lo que VE, no lo juzgue, no lo generaliza ni lo interprete. Los abogados de la defensa tratan de usar ‘términos’ subjetivos en contra de la víctima en el juzgado.

“Alega” implica que el proveedor de servicios de salud no cree lo que esta diciendo la paciente. Mientras que la comunidad legal debe usar “alega” hasta que la culpabilidad sea decidida, el personal médico no necesita hacerlo.

Detalles que no tienen importancia pueden ser utilizados en contra de la víctima en un juzgado y/o puede afectar la percepción de otros proveedores de servicios médicos en contra de la paciente en el futuro. Nadie me-

rece ser víctima de abuso. Enfóquese en el abuso y en el agresor, no en las características de la paciente que usted considere cuestionables.

Mencione que usted ofreció poner a la paciente en contacto con los servicios adecuados: “La paciente fue referida al juzgado... al albergue.. a la oficina de servicios sociales...”

Es posible que por varias razones las pacientes no estén listas aún para hacer uso de los servicios de ayuda. El usar palabras tales como “se niega” hacen que la paciente sea percibida como desinteresada y desobediente. Solo porque la paciente no acepta los servicios durante su consulta no quiere decir que no los usará mas adelante.

## Documentation of Injuries

Anyone working in the medical or law enforcement field may be called upon to interpret injury patterns, to write reports concerning the condition of someone, dead or alive, and sometimes to testify concerning the appearance of an injured party. Proper use of descriptive terms greatly enhances your ability to write effective reports and to provide meaningful information in depositions or testimony. This also applies to your day-to-day progress notes. Your skill and effort will be wasted if your descriptions are not absolutely clear and meaningful.

A common failing of treatment and surgical reports is not mentioning the place, depth and direction of injuries. No one expects a busy surgeon to stand and take exact measurements while a patient is bleeding to death but after surgery there is no reason why the dictated report cannot include the location of wounds to a reasonable degree of accuracy. In the case of a single stab wound, failure to note that it entered the abdomen at a point located about 3 inches diagonally above and to the (patient's) right of the umbilicus, penetrated for a maximum depth of about 3 inches, and was directed from front to back and slightly

downwards is a significant omission. What was injured and repaired will inevitably be centered on the location, depth and direction, because these features will either prove or discredit the allegations and circumstances.

### The Bottom Line!

Be sure to document the *location, size and appearance/character* of an injury, before it is changed by treatment, passage of time and the healing process. If you document injuries properly, experts will be able to help you with the interpretation if and when questions arise.

### Photography Guidelines: One Picture is Worth a Thousand Words

Documentation provides concrete evidence of abuse and violence and can be used in a court of law. Photographs complement chart documentation and add a good deal of credibility to a survivor's statement. In addition, taking high quality photographs of a survivor's injuries reduces the likelihood that a provider will be required to testify in court should the survivor decide to press charges.

The provider should inform the patient that having pictures taken is

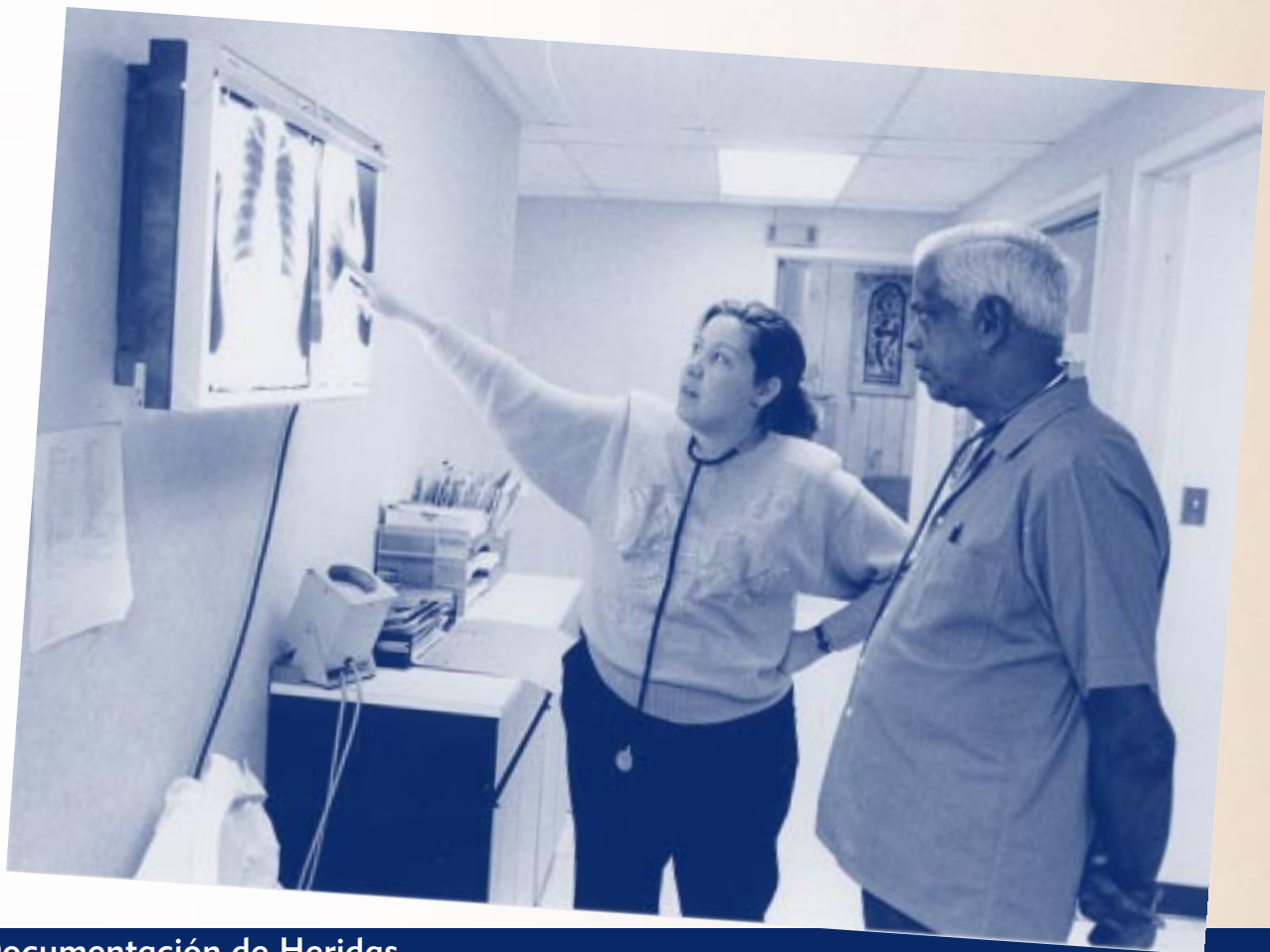
her choice and it is always her decision. If the patient chooses to be photographed, it can also be beneficial to take pictures after the initial visit, depending on when the injury occurred to determine the degree of the injury. A patient may not want to have pictures taken on the day you see her, but may consider returning for pictures a day or two later when injuries may still be visible.

- Inform the patient of the value of the pictures, particularly if the case is likely to involve litigation. When possible, and especially if the patient requests, the photographer should be the same sex as the survivor.
- When possible, photograph injuries before they are treated.

### Use the Rules of Three

- *Full-body pictures:* showing the survivor's face and visible injuries, anteriorly, posteriorly, and laterally. Position survivor two feet from the corner of the room, using a wall as the background. When photographing the survivor's back, have the patient turn her face towards her back so that facial features can be identified in the picture.





## Documentación de Heridas

Cualquier persona que trabaje en el terreno médico o policiaco pueden ser llamados a un juzgado para interpretar los patrones de heridas, para escribir un reporte sobre la condición de alguna persona, viva o muerta, y a veces para atestiguar en referencia a la apariencia de una persona herida. El uso apropiado de términos descriptivos aumenta su habilidad para escribir reportes que sean útiles y con información significativa en caso de testimonio o deposiciones. Esta habilidad es útil también para ser usada en sus notas diarias sobre el progreso del paciente. Su conocimiento práctico y su esfuerzo no servirán de nada si sus descripciones no son claras y significantes.

Una falta común en los reportes de tratamiento y cirugía es la falta de información en cuanto a el lugar, la

profundidad y la dirección de las heridas. Nadie espera que un cirujano que se encuentra ocupado se tome el tiempo de medir la herida cuando el paciente se esta desangrando, pero después de la cirugía no tiene porqué no incluir en su dictado el lugar de la herida de una forma bastante precisa. En caso de una sola puñalada, el omitir que penetró el abdomen aproximadamente 3 pulgadas en diagonal hacia arriba y a la derecha (del paciente) del ombligo, con una profundidad máxima de aproximadamente 3 pulgadas y con dirección de adelante hacia atrás y un poco hacia abajo, es una omisión bastante seria. Lo que se ha dañado y curado inevitablemente estará centrado en el lugar, la profundidad y la dirección, ya que estos particulares van a probar o a desacreditar las acusaciones y las circunstancias.

### En Breve

Asegúrese de documentar el *lugar*, el *tamaño* y la *aparición* o *tipo* de herida antes de que sea transformada por cuidado, el paso del tiempo y el proceso de curación. Si usted documenta las heridas adecuadamente, los expertos van a poder ayudarle con la interpretación si llegan a haber preguntas.

### Guía para las Fotos: Una Foto Vale Mil Palabras

La documentación ofrece evidencia concreta del abuso y la violencia y puede ser utilizada en un juzgado. Las fotos sirven como complemento en la documentación de el expediente y sirven para aumentar la credibilidad de la declaración de la paciente. Además, el tomar fotos de alta calidad de las heridas de la paciente reduce la

- *Medium range pictures:* should be taken of every injury. When photographing legs, have the survivor sit in a chair, exposing the legs and face together (for example, the survivor puts her knees below her chin).
- *Close-up pictures:* photograph a wound and its relationship to another part of the body. for example, don't just photograph a wound on a patient's knee. Instead, photograph the patient's whole leg so that it is clear where the wound is on the body.

### Other Suggestions

- Do not use an external light source around an injured eye; secondary retinal damage may occur due to repeated flashing of the strobe, and it is also uncomfortable for the survivor.
- Establish a standard sense of scale: Use a ruler or a coin so that a standard of size can be established. Lay the object on the body or have the

survivor hold it while you photograph her.

- When possible, shield areas not being photographed.
- Work efficiently and thoroughly. Start photographing the survivor's injuries from her head to her feet or from her left side to her right side. Although it may be necessary to get close to the survivor to take an effective photograph, be sensitive to the fact that the closer you are to the survivor, the more uncomfortable she may feel.
- Provide emotional support and respect your patient's feelings. Throughout the process, ask the survivor how she is doing and let her know that she can stop at any time. Try to progress at the pace with which the survivor feels comfortable.
- Each photo **MUST** be labeled with an adhesive label which includes the following: the name of the sur-

vivor, the survivor's medical record number, time and date taken, and the name of the photographer. **DO NOT** write on the back of a photograph as it may destroy or distort the picture.

- Take two pictures of each injury, one with the scale and one without.
- Each health center will have its own policy, but usually one copy is given to the patient and one copy is placed in the medical record (in a sealed envelope, with the photographer's signature over the seal, along with the date, time, and patient's name). Depending on the patient's preference, both copies can go in her medical record, or the patient may have a friend or relative hold the other copies. ■



posibilidad de que el proveedor de servicios de salud sea llamado al juzgado para testificar en caso que la paciente decida levantar cargos.

El proveedor de servicios de salud debe informar a la paciente que el tomar las fotos es una opción y es decisión de ella. Si la paciente acepta que le tomen fotos, puede ser útil tomar fotos después de su consulta inicial, dependiendo de cuando ocurrió la herida, para determinar la gravedad. Una paciente puede negarse a que le tomen fotos el día de su consulta pero puede considerar regresar un día o dos más tarde mientras que las heridas son aún visibles.

Informe a la paciente del valor de las fotos, especialmente si el caso tiene la posibilidad de llegar a un litigio. Cuando sea posible, y especialmente si la paciente lo pide, el fotógrafo/fotógrafa debe ser del mismo sexo que la paciente.

Cuando sea posible, tome las fotos antes de que las heridas sean tratadas.

### Utilice la Regla de Tres

- *Fotos de cuerpo completo:* incluya en las fotos la cara de la paciente, las heridas visibles, el frente completo, el posterior completo, y los laterales. Posicione a la paciente a dos pies de distancia de la esquina del cuarto, con la pared como fondo. Cuando tome las fotos del lado posterior de la paciente haga que la paciente voltee su cara hacia un lado para que se

puedan distinguir sus rasgos en la foto.

- *Fotos a distancia media:* se debe tomar una foto de cada herida. Cuando esté tomando fotos de las piernas, tenga a la paciente sentada en una silla de manera que se pueda ver su cara (por ejemplo, que ponga su cara justo encima de sus rodillas).
- *Fotos tomadas de cerca:* tome fotos de las heridas en relación con otras partes del cuerpo. Por ejemplo: si la herida está en la rodilla, tome la foto de la pierna completa para poder ver donde se encuentra la herida en el cuerpo.

### Otras Sugerencias

- No use una fuente de luz externa en una herida de ojo; daño secundario de la retina puede ser causado al utilizar repetidamente una fuente externa de luz artificial de alta intensidad (repeated flashing of the strobe) y además es muy incómodo para la paciente.
- Establezca un sentido de proporción estandarizado: Use una regla de medir o una moneda para que una medida estandarizada pueda ser establecida. Ponga este objeto sobre el cuerpo o que sea sujetado por la paciente mientras le toma las fotos.
- Cuando sea posible, cubra las partes del cuerpo que no estén siendo fotografiadas.
- Trabaje de manera eficiente y detallada. Empiece tomando las fotos de

las heridas de la cabeza hasta los pies o del lado izquierdo hacia el lado derecho de su cuerpo. Aunque puede ser necesario acercarse a la paciente para tomar las fotos, esté consciente de que su proximidad a la paciente puede incomodarla.

- Proporcione a la paciente apoyo emocional y respete sus sentimientos. A lo largo de este proceso asegúrese que este bien y hagale saber que puede detenerse en cualquier momento. Trate de llevar el proceso a un ritmo que haga sentir cómoda a la paciente.
- Cada foto TIENE QUE estar marcada con papel adhesivo con la siguiente información: el nombre de la paciente, el número del expediente médico de la paciente, la hora y la fecha en que la foto fue tomada, y el nombre del fotógrafo. NO escriba en la parte de atrás de la foto ya que esto la puede dañar o puede causar una distorsión en la imagen.
- Tome dos fotos de cada herida, una con el objeto para establecer la medida estandarizada y otra sin el.
- Cada centro de salud tendrá su propia póliza, pero usualmente se le da una de las copias a la paciente y otra se incluye en su expediente médico (en un sobre sellado, con la firma del fotógrafo sobre el sello, con la fecha, la hora y el nombre de la paciente). Dependiendo de la preferencia de la paciente, ambas copias pueden ser incluidas en su expediente médico o la paciente puede darle una copia a un amigo o amiga o a un familiar. ■

### **Women's Leadership Print & Audio Project**

To further the Migrant Clinicians Network's campaign against domestic violence, the Women's Leadership Print and Audio Project was created. The project consists of three components: Posters, Radio Public Service Messages, and a Photonovela. All will have anti-domestic violence messages and complement the video, "La Vida Mia."

### **La Vida Mia / This Life of Mine**

"La Vida Mia" is part of MCN's work with the Centers for Disease Control and Prevention and the Lideres Campesinas of California. The video tells the story of a farmworker woman struggling with the hard reality of domestic violence. The narrative details the life and pain of the battered wife and the conflict she suffers within herself and with her husband. Conceived as a tool for teaching and intervention with farmworker women, the script was written and reviewed by MCN staff and members of Lideres Campesinas. Included with the video is a detailed Guideline on its proper use.

If you are interested in a copy of this video, please call Deliana Garcia at the MCN office at (512) 327-2017, fax (512) 327-0719, or e-mail at [mcn@onr.com](mailto:mcn@onr.com).

### **Domestic Violence Training Curriculum**

The Training Curriculum was designed in conjunction with the video "La Vida Mia," with the help and support from the Centers for Disease Control and Prevention and the Lideres Campesinas of California.

Intended as a tool for guiding Domestic Violence training sessions, the Curriculum is an English and Spanish manual. Each section contains useful handouts and information for the women taking part in the training. In addition, each section outlines the objective and gives key learning goals the women should obtain before continuing to the next section. The manual is designed to be used in a three ring binder, allowing health centers to add site-specific information as needed.

This product may be ordered from MCN with or without the Video "La Vida Mia."

## B. National Resources

### Domestic Violence Resources

Battered Women's Justice Project	(800) 903-0111
Health Resource Center on Domestic Violence	(800) 313-1310
National Domestic Violence Hotline	1-800-799-SAFE (7233)
National Council on Child Abuse / Family Violence	(800) 222-2000
National Resource Center on Domestic Violence	(800) 537-2238
Safeway (360)786-8754	

### Other Resources

Alcohol & Drug Abuse Hotline	(800) 234-0420
National AIDS Hotline (800) 344-7432 Spanish Service	(800) 342-2437
National Mental Hotline	(800) 969-6642
Resource Center on Child Protection and Custody	(800) 527-3223

### Legal Resources

Ayuda, Inc.	(202) 387-0434
American Bar Association e-mail: abacdv@abanet.org	(202) 662-1737
Legal Aid for Abused Women	(703) 820-8393
National Immigration Law Center	(213) 487-2531
National Lawyers Guild, National Immigration Project e-mail: nip@igc.apc.org	(617) 227-9727
Women's Advocacy Project, Inc. (800) 374-4673 (in Texas)	

### Web Links

Advocates Against Battering and Abuse	<a href="http://www.cmn.net/~dimoore/">http://www.cmn.net/~dimoore/</a>
Family Violence Prevention Fund	<a href="http://www.igc.apc.org/fund/">http://www.igc.apc.org/fund/</a>
GHNW: Domestic Violence	<a href="http://www.ghnw.org/chplib/domvio.html">http://www.ghnw.org/chplib/domvio.html</a>
National Health Resource Center on Domestic Violence	<a href="http://www.fvph.org/fund/health/index.html">http://www.fvph.org/fund/health/index.html</a>
Surviving Adult Abuse	<a href="http://www.internetland.net/~lowery/">http://www.internetland.net/~lowery/</a>
Welfare & Families	<a href="http://epn.org/idea/welfare.html">http://epn.org/idea/welfare.html</a>

### Legal Web Links

American Bar Commission on Domestic Violence	<a href="http://www.abanet.org/domviol/home.html">http://www.abanet.org/domviol/home.html</a>
Legal Pad Family Law Center	<a href="http://www.legalpad.com/files/family/paa.htm">http://www.legalpad.com/files/family/paa.htm</a>
American Bar Association	<a href="http://www.abanet.org/domviol/home.html">http://www.abanet.org/domviol/home.html</a>
Legal Aid for Abused Women	<a href="http://ourworld.compuserve.com/homepages/LAAW">http://ourworld.compuserve.com/homepages/LAAW</a>

#### Proyecto Auditivo y Escrito de Liderazgo Femenino

Para poder llevar más lejos la campaña de *Migrant Clinicians Network* en contra de la violencia doméstica se ha creado el Women's Leadership Print & Audio Project. El proyecto consiste de tres partes: Carteles, transmisión de mensajes de servicio público por la radio y una fotonovela. Todos tendrán mensajes en contra de la violencia doméstica y servirán como complemento para el video "La Vida Mia".

#### La Vida Mia / This Life of Mine

"La Vida Mia" es parte del trabajo que hace MCN en colaboración con Centers for Disease Control and Prevention y Líderes Campesinas de California. El video relata la historia de una campesina que se encuentra en una situación de violencia doméstica. El relato presenta en detalle el dolor de la vida de esta mujer que sufre de abuso físico y sus emociones conflictivas hacia si misma y hacia su marido. Creado para facilitar la educación de campesinas, el guión fue escrito y aprobado por representantes de MCN y de Líderes Campesinas. Junto con el video se encuentra una guía detallada para su uso apropiado. Además, si está interesado/a en una copia de este video por favor comuníquese con Deliana García a las oficinas de MCN. Por teléfono (512) 327-2017, por fax (512) 327-0719 y por correo electrónico en [mcn@onr.com](mailto:mcn@onr.com).

#### Curriculum de Entrenamiento sobre Violencia Doméstica.

El Curriculum de Entrenamiento, al igual que el video "La Vida Mia", fue diseñado con la ayuda y apoyo de los Centers for Disease Control and Prevention y las Líderes Campesinas de California.

Diseñado con el propósito de ser utilizado como guía en las sesiones de entrenamiento sobre violencia doméstica, el curriculum es un manual que consiste de cuatro partes en inglés y en español. Cada sección contiene partes que se pueden sacar y llenar, e información muy útil para las mujeres que esten participando en el entrenamiento. Además, cada sección delinea el objetivo de esa sección y determina metas específicas de aprendizaje que las mujeres deben lograr antes de continuar a la siguiente sección. El manual esta diseñado para ser usado en un cuaderno de tres aros para que los centros de salud puedan añadir información que sea válida para ese centro.

Este producto se puede pedir de MCN con o sin el video "La Vida Mia."

## B. Recursos Nacionales

### Recursos para Violencia Doméstica

Battered Women's Justice Project	(800) 903-011
Health Resource Center on Domestic Violence	(800) 313-1310
National Domestic Violence Hotline	(800) 799-SAFE (7233)
National Council on Child Abuse/Family Violence	(800) 222-2000
National Resource Center on Domestic Violence	(800) 537-2238
Safeway	(360) 786-8754

### Otros Recursos

Alcohol & Drug Abuse Hotline	(800) 234-0420
National AIDS Hotline (800) 344-7432 Servicio en Español	(800) 342-2437
National Mental Hotline	(800) 969-6642
Resource Center on Child Protection and Custody	(800) 527-3223

### Recursos Legales

Ayuda, Inc.	(202) 387-0434
American Bar Association e-mail: <a href="mailto:abadv@abanet.org">abadv@abanet.org</a>	(202) 662-1737
Legal Aid for Abused Women	(703) 820-8393
National Immigration Law Center	(213) 487-2531
National Lawyers Guild, National Immigration Project e-mail: <a href="mailto:nip@jgc.apc.org">nip@jgc.apc.org</a>	(617) 227-9727
Women's Advocacy Project, Inc. (in Texas)	(800) 374-4673

### Conexiones por Computadora

Advocates Against Battering and Abuse	<a href="http://www.cmn.net/~dimoor/e/">http://www.cmn.net/~dimoor/e/</a>
American Bar Association	<a href="http://www.abanet.org/domviol/home.html">http://www.abanet.org/domviol/home.html</a>
Family Violence Prevention Fund	<a href="http://www.jgc.apc.org/fund/">http://www.jgc.apc.org/fund/</a>
GHNC: Domestic Violence	<a href="http://www.ghnw.org/chplib/domvio.html">http://www.ghnw.org/chplib/domvio.html</a>
Legal Aid for Abused Women	<a href="http://ourworld.compuserve.com/homepages/LAAW">http://ourworld.compuserve.com/homepages/LAAW</a>
National Health Resource Center on Domestic Violence	<a href="http://www.fvph.org/fund/health/index.html">http://www.fvph.org/fund/health/index.html</a>
Surviving Adult Abuse	<a href="http://www.internetland.net/~lowery/">http://www.internetland.net/~lowery/</a>
Welfare & Families	<a href="http://epn.org/idea/welfare.html">http://epn.org/idea/welfare.html</a>

### Conexiones Legales por Computadora

American Bar Commission on Domestic Violence	<a href="http://www.abanet.org/domviol/home.html">http://www.abanet.org/domviol/home.html</a>
Legal Pad Family Law Center	<a href="http://www.legalpad.com/files/family/paa.htm">http://www.legalpad.com/files/family/paa.htm</a>

**Migrant Clinicians Network**

**P.O. Box 164285**

**Austin, TX 78716**

**512-327-2017**

**512-327-0719 (FAX)**

**MCN@ ONR.COM**



**©Migrant Clinicians Network, Inc.**