



Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia

| A. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia | | | | |
|---|---|---|---------------|---|
| No. | Preguntas | Frecuencia en los últimos meses | Observaciones | Guía de acciones urgentes |
| 1 | La insulto, menospreció o humillo en privado o frente a otras personas. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local |
| 2 | Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento). | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local |
| 3 | La controló en sus actividades o tiempos. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local |
| 4 | Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local |
| 5 | La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local |
| 6 | Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a servicios especializados de atención a violencia |
| 7 | Le destruyó algunas de sus pertenencias. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 8 | Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a servicios especializados de atención a violencia |
| 9 | Amenazó con golpearla o encerrarla. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a servicios especializados de atención a violencia |
| 10 | Amenazó con matarla. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a servicios especializados de atención a violencia |
| 11 | Amenazó con llevarse a sus hijas/hijos. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |

| B. Riesgo a la salud sexual y reproductiva | | | | |
|--|--|---|---------------|---|
| No. | Preguntas | Frecuencia en los últimos meses | Observaciones | Guía de acciones urgentes |
| 12 | La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 13 | Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otra persona o hacia sus hijas/os. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 14 | Ha forzado físicamente a alguna persona o alguna/o de sus hijas/os para tener sexo. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 15 | Le controla el uso de los métodos anticonceptivos o no le permite usarlos. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 16 | La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin utilizar la fuerza física. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 17 | La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 18 | La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 19 | Ha estado o está embarazada como producto de la violación. (Indague el tiempo de gestación) | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 20 | Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 21 | La ha golpeado durante el embarazo. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 22 | La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |





| C. Riesgo a la salud física | | | | |
|-----------------------------|---|---|---------------|---|
| No. | Preguntas | Frecuencia en los últimos meses | Observaciones | Guía de acciones urgentes |
| 23 | La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 24 | La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 25 | Quemaduras con objetos calientes o sustancias. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |

| D. Riesgo muerte inminente | | | | |
|----------------------------|--|---|---------------|---|
| No. | Preguntas | Frecuencia en los últimos meses | Observaciones | Guía de acciones urgentes |
| 26 | La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla |
| 27 | La trató de ahorcar o asfixiar. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla |
| 28 | La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla |
| 29 | La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla |
| 30 | Le disparó con alguna pistola o rifle. | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla |

| Herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos | | | | |
|---|---|---|---------------|---|
| No. | Preguntas | Frecuencia en los últimos meses | Observaciones | Guía de acciones urgentes |
| 1 | ¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 2 | ¿Ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 3 | ¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etc.)? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 4 | ¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a grupos de autoayuda |
| 5 | ¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Adicciones |
| 6 | ¿Usted ha estado continuamente muy triste? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 7 | ¿Usted ha pensado en quitarse la vida? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 8 | ¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 9 | ¿Usted ha intentado quitarse la vida? | Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____ | | Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia |
| 10 | ¿Tiene usted amigas/amigos o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia? | SI ____ NO ____ | | |
| 11 | ¿El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor puede encontrarla? | SI ____ NO ____ | | |

| | | |
|---------|--|-----------|
| Nombre: | Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta: | Servicio: |
| | Profesión: | |





| Herramienta para elaborar un plan de seguridad | | |
|--|---|-----------------------------|
| No. | Preguntas | Guía de acciones urgentes |
| 1 | ¿Existe una razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su generador de violencia? | No _____ SI _____ Describa: |
| 2 | ¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel? | No _____ SI _____ Describa: |
| 3 | ¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente? | No _____ SI _____ Describa: |
| 4 | ¿Tiene acceso a armas? | No _____ SI _____ Describa: |
| 5 | ¿Participa en actividades delictivas? | No _____ SI _____ Describa: |
| 6 | ¿Tiene nexos con grupos policiacos o militares? | No _____ SI _____ Describa: |
| 7 | ¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia? | No _____ SI _____ Describa: |

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a más de una pregunta, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.

Ejemplo de plan de seguridad

- Evaluación de cuatro incidentes de violencia: el primero, el incidente típico, el peor de todos y el último.
- Detalles que anticiparon el incidente agudo: ¿Qué dijo él/ella?, ¿Cómo lo dijo él/ella?, ¿él/ella escucha?, ¿hubo presencia de drogas o alcohol?
- ¿Dónde comienza usualmente la violencia?: sala, dormitorio, cocina, otro.
- Dibujo de la casa para un posible plan de escape: puertas, ventanas, salidas. Señales para las hijas o hijos mayores.
- Cosas que necesita la mujer: dinero, ropa, medicamentos, objetos de valor, documentos oficiales.
- Ubicación en un lugar seguro: refugio, policía, familia, amigos.
- NO debe comunicar al agresor el plan. Tomar en cuenta condiciones para un posible regreso, el ciclo de la violencia y la posibilidad de muerte.
- Ensayo de salida (dos veces o más): ensayo verbal, dibujo de mapa y demostración.
- Recomendar a la usuaria evitar enfrentamientos con la agresora (or).

