

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: 680-12-084-6

Imprime: Solana e Hijos, A.G., S.A.U.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COORDINACION DEL DOCUMENTO

Observatorio de Salud de las Mujeres

Rosa M^a López Rodríguez
Sonia Peláez Moya

INTEGRANTES DE LA COMISION CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

Presidenta

Pilar Farjas Abadía (Secretaría General de Sanidad y Consumo)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

M^a Mercedes Vinuesa Sebastián (Directora General)
Sonia García de San José (Subdirectora General de Calidad y Cohesión)
Rosa M^a López Rodríguez (Coordinadora de Programas del Observatorio de Salud de las Mujeres)

Ingesa

José Julián Díaz Melguizo (Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

Blanca Hernández Oliver (Delegada del Gobierno para la Violencia de Género)
Begoña López-Dóriga Alonso. Instituto de la Mujer. (Directora del programa de Salud y Servicios Sociales. Subdirección General de Programas)

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas:

Juan Manuel Espinosa Almendro (Andalucía)
M^a José Amorín Calzada (Aragón)
Antonio Villacampa Duque (Aragón)
Ana María Otero Sierra (Asturias)
Federico Antonio Sbert Muntaner (Baleares)
Hilda Sánchez Janáriz (Canarias)
Mar Sánchez Movellán (Cantabria)
María Paz Rodríguez Cantero (Castilla y León)
María Dolores Rubio y Leonart (Castilla-La Mancha)
Iria Caamiña Cabo (Cataluña)
Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)
José Luis Cordero Carrasco (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
M^a Belén Prado Sanjurjo (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Cristina Ibarrola Guillén (Navarra)
M^a Mercedes Estébanez Carrillo (País Vasco)
M^a Pilar Diez Ripollés (La Rioja)
Rabea Mohamed Tonsi (Ceuta)
Viviane Berros Medina (Ceuta)
M^a de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

GRUPO DE TRABAJO PROTOCOLOS y GUIAS DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Elisa Vizquete Rebollo (Andalucía)
José González García (Baleares)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Aurora Rovira Fontanals (Cataluña)
Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)
Jesús Miguel García Ortiz (Extremadura)
Mar de la Peña Cristia (Galicia)
José Luis Sánchez Suárez (Madrid)
Marina Tourné García (Murcia)
Carmen Garde Garde (Navarra)
M^a Jesús Ziarrusta Bilbao (País Vasco)
M^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)
Ana Koerting de Castro y Alberto Martín-Pérez Rodríguez (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida)
Itziar Abad Andújar (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

GRUPO DE TRABAJO ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Julia Sagrario Llosa (Andalucía)
M^a José Amorín Calzada (Aragón)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Rosa Modesto González (Castilla-La Mancha)
M^a Isabel Graña Garrido (Galicia)
Francisco García Sacristán (Madrid)
Margarita Dongil Garralón (Madrid)
Carmen Ochoa Mateo (INGESA)
Rafael Luquín Martínez (Murcia)
Carmen Garde Garde (Navarra)
Jorge González Fernández (La Rioja)
Rebeca Palomo Díaz (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)
Andrés Bedate Gutiérrez (Ministerio de Justicia)
M^a Luisa Lasheras Lozano (Madrid)

COLABORACIÓN ESPECIAL CON APORTACIONES TÉCNICAS Y REFLEXIONES SOBRE EL DOCUMENTO

Oscar Hernáiz Gómez. Juez Decano. (Castilla y León)
M^a Luisa Velasco. Inspectora Jefa. Policía Local. Ayuntamiento de Salamanca. (Castilla y León).

APOYO TECNICO EXTERNO:

Escuela Andaluza de Salud Pública

Isabel Ruiz Pérez y Cols.

Instituto de Salud Carlos III

Belén Nogueiras García
Mariel Franco

Índice

Presentación	13
Objetivos y Metodología	17
Conceptos Generales	19
1. Definición	19
2. Causas	21
3. El proceso de la violencia	23
4. Hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia de género	24
5. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad	26
6. Consecuencias de la violencia de género en la salud	32
6.1. Consecuencias en la salud de las mujeres	32
6.2. Consecuencias en la salud de hijas e hijos	33
6.3. Consecuencias en el entorno relacional de la mujer	34
6.4. Consecuencias en el personal sanitario	35
7. La importancia del personal de los servicios sanitarios ante la violencia de género	35
8. Prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario	39
Actuación en Atención Primaria y Especializada	41
1. Detección	44
1.1. Dificultades para identificar la violencia de género	44
1.2. Indicadores de sospecha y situaciones de vulnerabilidad	46
2. Valoración	52
3. Intervención	55
3.1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos	58
3.2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo	58
3.3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo	59
3.4. Recomendaciones para la actuación sanitaria	59
4. Detección y Valoración en hijas e hijos	60

Actuación en urgencias	63
1. Actuación de detección de violencia	63
2. Actuación asistencial	63
3. Valoración de la seguridad	64
4. Información y derivación	64
5. Actuación legal	64
Actuación ante agresiones sexuales	65
Actuación sanitaria con hombres que ejercen violencia contra las mujeres	71
Aspectos éticos y legales	73
1. Aspectos legales	73
1.1. Obligaciones del personal sanitario	73
1.2. Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género	74
2. Principios éticos que deben guiar la actuación profesional	76
2.1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)	76
2.2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)	76
2.3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional	77
2.4. Respetar la autonomía de la mujer	78
3. Dilemas éticos	79
3.1. El apoyo de la Fiscalía	80
Parte de lesiones e informe médico	83
1. Función y finalidad del parte de lesiones	83
2. Recomendaciones para la cumplimentación del parte de lesiones	83
3. Itinerario que sigue el parte de lesiones	87
Guía de recursos	91
Glosario de términos	97
Bibliografía	101
Anexos	109
Anexo I. Legislación de las Comunidades Autónomas en materia de Violencia de Género	110
Anexo II. Protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género en las Comunidades Autónomas	114

Índice de tablas

Tabla 1.	Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres	32
Tabla 2.	Consecuencias de la violencia de género en la salud de las hijas e hijos	33
Tabla 3.	Consecuencias de la violencia de género en la salud de hijas e hijos según edad	34
Tabla 4.	Recomendaciones para la prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario	39
Tabla 5.	Dificultades para identificar la violencia de género por parte de las mujeres	45
Tabla 6a.	Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer	47
Tabla 6b.	Indicadores de sospecha durante la consulta	48
Tabla 7a.	Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato	49
Tabla 7b.	Ejemplos de preguntas ante sospecha	50
Tabla 8a.	Valoraciones	53
Tabla 8b.	Preguntas para valorar la situación y tipo de violencia	54
Tabla 9.	El proceso de cambio en las mujeres y la actuación profesional	56
Tabla 10.	Indicadores de sospecha en los hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia de género	61
Tabla 11.	Actuación sanitaria en caso de agresiones sexuales	67

Presentación

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Esta Ley Orgánica, en su artículo 16 establece:

*«En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una **Comisión contra la violencia de género** que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.*

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial».

Desde su creación, la Comisión viene apoyando técnicamente y orientando la planificación de las medidas sanitarias contempladas en el capítulo III de la Ley Orgánica, con la revisión de proyectos y estrategias desarrollados en el ámbito sanitario de las Comunidades Autónomas, así como planificando la evaluación y proponiendo aquellas medidas necesarias para la aplicación del protocolo común del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo así desde el sector sanitario a las medidas de protección integral y a la erradicación de esta forma de violencia.

El Observatorio de Salud de las Mujeres, en su labor de secretaría técnica de la Comisión contra la Violencia de Género, dinamiza los cinco grupos de trabajo técnico de la Comisión (Vigilancia epidemiológica, Protocolo-

los asistenciales sanitarios, Formación de profesionales, Aspectos éticos y legales y Evaluación de las actuaciones) así como la coordinación de los mismos para la edición del Informe Anual. Este Informe recoge las actuaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y tal como señala la Ley, se presenta al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS y al Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.

El artículo 32.3 de la Ley, insta a promover la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de prevención, atención y seguimiento de su estado de salud.

En abril de 2007, se editó el Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

La implementación del mismo a lo largo de estos años ha permitido promover estudios y propuestas metodológicas para un mejor conocimiento del impacto real de este problema de salud pública.

La experiencia acumulada por los servicios de salud de las CCAA, así como la evolución creciente en la evidencia científica respecto a los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que lo sufren, sus hijas e hijos, así como en relación a contextos de mayor vulnerabilidad, han permitido que hoy podamos presentar esta nueva edición del Protocolo Común.

Se ha revisado y actualizado el capítulo de conceptos generales, se ha profundizado en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios así como en las características específicas de la actuación sanitaria en contextos de mayor vulnerabilidad (como el embarazo, la emigración, las discapacidades, o vivir en el entorno rural), que aumentan las dificultades de las mujeres para poner fin a las relaciones de violencia.

Los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado del proceso, atención multi e interdisciplinar por parte del equipo de profesionales y la coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, recursos locales, etc.) orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del Protocolo.

Asimismo, se ha visto la necesidad de ampliar el apartado «Aspectos Éticos y Legales» con la finalidad de incorporar nueva información y dotar de mejores herramientas al personal sanitario en la toma de decisiones, reflexionando sobre los conflictos éticos y legales y el respeto a la autonomía y la decisión de las mujeres.

La parte final de este protocolo se completa con dos anexos que recogen tanto la legislación como los protocolos y guías de actuación sanitaria

ante la violencia de género que han desarrollado las Comunidades Autónomas para cumplir con los mandatos de la Ley Integral 1/2004.

La finalidad de esta revisión y actualización del Protocolo Común es contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial a las mujeres que sufren maltrato y sus hijas e hijos. Para confeccionarlo se ha tenido en cuenta el criterio de numerosas personas expertas en la materia y la labor ya desarrollada en las Comunidades Autónomas. El trabajo ha sido minucioso y muy participativo, y deseo agradecer de forma especial su esfuerzo a quienes han formado parte de los grupos de trabajo técnico de Protocolos y Guías de actuación sanitaria y Aspectos Éticos y Legales de la Comisión y a todas las personas expertas que han contribuido desde otros sectores (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, judicatura, fiscalía) en la revisión de sus contenidos, con la confianza de que esta nueva edición del Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud sea una herramienta de consulta básica tanto para la actuación sanitaria como para los programas de formación y sensibilización de profesionales.

Ana Mato Adrover
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Objetivos y Metodología

El **objetivo general** de este protocolo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la **atención integral** –física, psicológica, emocional y social– a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad en las mujeres que la sufren, y recuperar la salud y autonomía de la mujer.

Este protocolo de actuación sanitaria se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos por razón de género, ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el supuesto agresor, aunque las actuaciones que se proponen están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas más comunes de su expresión.

Este protocolo además, ofrece indicaciones para la detección precoz, valoración y actuación con los hijos e hijas de mujeres en situación de maltrato, dado que también reciben atención sanitaria dentro del SNS.

En el caso de agresiones sexuales, la atención y actuación sanitaria es específica, dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que conlleva, por lo que incluye, como en la edición anterior, un capítulo referido a ellas.

Este protocolo tiene además otros **objetivos específicos**:

1. Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar al personal sanitario más y mejores herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la colaboración y coordinación con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario.
2. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación, la búsqueda de soluciones y alternativas, y la recuperación de su salud y su autonomía psicosocial.
3. Continuar la sensibilización y formación del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.

4. Dar a conocer al personal sanitario las consecuencias de la violencia contra las mujeres en su salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos e hijas.
5. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad, que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma de decisiones para terminar con las situaciones que las producen.
6. Contribuir desde el SNS a la sensibilización de la población general sobre este problema.

La Violencia de Género es un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida, por lo que los contenidos del documento que ahora se presenta deberán irse introduciendo, de forma transversal, en aquellos programas, guías o Protocolos de salud que estén relacionados, en temas tales como: Seguimiento del embarazo, Puerperio, Climaterio, Atención a las personas mayores, Salud infantil, Salud sexual y reproductiva y Salud Mental.

Para la elaboración de este Protocolo se han revisado los protocolos de actuación sanitaria existentes en las CCAA y la evidencia científica internacional sobre violencia de género y protocolos específicos para hijas e hijos de estas mujeres, así como referencias a contextos de vulnerabilidad.

El documento que se presenta es fruto del trabajo y consenso en el marco de los Grupos de Trabajo: *Protocolos y Guías de actuación sanitaria ante la violencia de género y el de Aspectos Éticos y Legales*, creados en el seno de la Comisión del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). Ambos grupos están formados por representantes de las Comunidades Autónomas y de diferentes unidades ministeriales (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Instituto de la Mujer y Dirección General de Salud Pública). Como apoyo técnico se ha contado con Personas Expertas del ámbito judicial y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con la Escuela Andaluza de Salud Pública y, así como con organizaciones como UNICEF y Save the Children. La coordinación de los grupos ha sido realizada por el Observatorio de Salud de las Mujeres, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del MSSSI.

La Comisión de Violencia de Género continuará desarrollando los aspectos relacionados con la implementación y evaluación del protocolo en el futuro próximo.

Conceptos generales

1. Definición

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

(Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993)

En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres:

- **Violencia física**

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una violencia psicológica.

- **Violencia sexual**

Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.

Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual:

- **Violencia sexual que no implica contacto corporal:**

- Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyeurismo.

- **Violencia sexual con contacto corporal:**

- Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considere degradantes.
- Violación.

– **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:**

- Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad.

Las **agresiones sexuales** comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembro corporal (ej.: los dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas).

Los **abusos sexuales** comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable, de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

El **acoso sexual** es también una forma de violencia contra las mujeres. Se produce a través de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de índole sexual, no deseados por la mujer, que tengan como objeto o produzcan el efecto de atentar contra su dignidad, o le creen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.

El acoso sexual puede producirse en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, incluso prevaliéndose de una situación de superioridad o jerárquica o de la vulnerabilidad de la víctima. También puede producirse en las pandillas, grupos de amigos y amigas, a nivel familiar o de vecindario.

Los delitos contra la libertad e integridad sexual se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal.

Existen además, otras formas de violencia sexual contra las mujeres, como la mutilación genital femenina (MGF), la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género, pero debido a sus especiales características requieren de un protocolo específico.

- **Violencia psicológica**

Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico (violencia económica), el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad, mayores o con enfermedad mental grave.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o expareja, deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la **reiteración de los actos violentos**¹ y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el **sometimiento y control de la víctima**.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

2. Causas

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.

⁽¹⁾ El Consejo de Europa viene trabajando en el campo de crianza positiva con la colaboración del Grupo de Trabajo CS-EF Violencia, grupo especializado en competencias parentales dirigidas en particular a la lucha contra la violencia que afecta a niñas y niños, y a prevenirla. El Comité de Ministros, a través de su Recomendación Rec (2006) 19, refuerza la importancia de trabajar en el apoyo a la crianza positiva. El Grupo CS-EF Violencia, entre cuyas personas expertas se encuentra Mary Daly, Mona Sandbaek y Bragi Gudbrandsson, examinan y analiza los principales cambios que afectan a la crianza de los hijos en Europa, derivadas de situaciones legales, investigación y práctica, abordando cuestiones esenciales relacionadas con la crianza positiva y educación no violenta.

La violencia contra las mujeres es **estructural**. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. Hasta hace no muchos años, la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia, su deber de acatar la autoridad masculina, eran consideradas como algo «normal» y «natural», validado por las costumbres y la ley. En ese contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia para afianzar su autoridad. Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia de género. Sin embargo, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

En definitiva, el **factor principal de riesgo** para la violencia contra las mujeres es, precisamente, **el hecho de ser mujer**.

La violencia contra las mujeres es además **instrumental**. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino. Los hombres maltratadores han **aprendido** a través del proceso de socialización –que es diferente para mujeres y hombres– que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer.

Se ha argumentado que el consumo de alcohol y otras drogas es la causa de las conductas violentas. Aunque el consumo de alcohol y otras sustancias se asocia con frecuencia a situaciones de violencia, también hay hombres que abusan del alcohol, sin que por ello manifiesten un comportamiento violento y muchas agresiones contra las mujeres se ejercen en ausencia de alcohol.

Se ha argumentado también que ciertas características personales de las mujeres que padecen violencia de género podrían ser la causa del maltrato. Por ejemplo, algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o de patologías como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente, para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de maltrato. En la actualidad existe suficiente conocimiento documentado que demuestra que no existen características psíquicas diferentes antes del inicio del maltrato entre las mujeres que lo sufren y las que

no, sino que los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas son una consecuencia del maltrato y no la causa.

3. El proceso de la violencia

En el caso de violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. La **Teoría del Ciclo de la Violencia** de Leonor Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases:

- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.
- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma o reconciliación o «luna de miel»:** En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. Por lo tanto, esta estrategia por parte de la pareja, provoca que la mujer, termine pensando que todo cambiará.

En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión. Es entonces cuando las mujeres suelen plantearse con mayor frecuencia la separación y/o buscan ayuda y es también en ese momento, cuando los episodios violentos se agravan, son cada vez más frecuentes y el riesgo de muerte a manos de su agresor se incrementa.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se han descrito otras formas de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, o dinámicas en la relación de pareja bajo la estructura de dominación, donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física, siendo éstas más difíciles de detectar que las formas más severas de abuso.

En el caso de las mujeres que tienen hijos o hijas, es importante ser conscientes de que ellas y ellos también experimentan el proceso de la violencia en todas sus fases, tanto en las que la violencia está activa, como en la etapa de «luna de miel». Esto hace que, al igual que las mujeres, sus hijas e hijos sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional, al no poder prever lo que va a ocurrir, destruyendo sus expectativas de lo que se puede esperar de una relación afectiva. Esta falta de certeza en los vínculos parentales repercute directamente en la salud mental de los niños y niñas.

A lo largo del proceso de la Violencia:

La mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor.

Para el hombre maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto dificulta que la mujer pueda poner fin a la relación.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Para que sea consciente del peligro que corre, es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento y que no podrá corregir la conducta de su agresor.

4. Hijos e hijas de mujeres en relaciones de Violencia de Género

Los hijos e hijas de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o emocional por sus parejas o exparejas, **son víctimas directas de la Violencia de Género, siempre**. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo, que están expuestas/os a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver moratones, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia, como el miedo o la intimidación, el stress, ansiedad y depresión, sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, sabiendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad emocional
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre como figura materna.
- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse a la violencia para protegerse o defender a su madre, interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Presenciar la intervención de la policía, la detención de su padre, acudir a juicios o pruebas periciales, tener que abandonar el domicilio o convivir en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

Por lo tanto, en el caso de detección de una situación de Violencia de Género, si la mujer tiene hijas e hijos, es necesario tener presente que requieren de una especial atención desde el sistema sanitario, adquiriendo el personal de Pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con las y los profesionales de Trabajo Social dentro del equipo integral de salud.

También en las consultas de medicina de familia, es preciso prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia de género, para actuar en colaboración con el resto de profesionales tanto del equipo de salud de atención primaria, como la derivación a atención especializada.

5. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad

Existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución; etapas vitales como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género.

Embarazo

En el contexto de una relación de Violencia de Género, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y de especial riesgo. En ocasiones es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Asimismo, un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en este periodo, incluida la violencia física y sexual. A su vez, el embarazo añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja.

El maltrato constituye además, un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, lo que significa un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal: cuadros de estrés, infecciones, anemias, abortos espontáneos, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, distrés fetal y muerte fetal y neonatal.

Discapacidad

Las mujeres con alguna **discapacidad física, sensorial o psicológica** se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física, sexual y psicológica, por tener, con mayor probabilidad:

- Menor capacidad para defenderse.
- Mayor dificultad para expresarse.
- Menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con trastorno mental grave.

- Menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma.
- Mayor dependencia de terceras personas.
- Más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación.
- Menor autoestima y menosprecio de su propia imagen.
- Miedo a perder los vínculos que le proporcionan cuidados.
- Menor independencia y mayor control económicos.

Inmigración

En las **mujeres inmigrantes**, además pueden confluír condiciones que determinan una especial vulnerabilidad:

- La precariedad económica y laboral.
- Situaciones administrativas irregulares y el miedo a ser expulsadas del país.
- Mayores dificultades de comunicación y expresión debido a las barreras idiomáticas. Escasez de intérpretes con formación en violencia de género.
- Mayor dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios.
- En algunos casos, la posibilidad de haber sufrido además, otras formas de violencia a lo largo de su vida y su proceso migratorio (abusos y agresiones sexuales, explotación sexual y trata, conflictos bélicos, cárcel y tortura, pobreza, etc.).
- Ausencia o escasa red de apoyo familiar y social, especialmente en mujeres recién llegadas al país.
- Desconocimiento de sus derechos y de los recursos.
- Prejuicios, actitudes discriminatorias y desconfianza de profesionales de diversos ámbitos.
- En las situaciones de solicitud de reagrupación de menores, temor a la paralización del expediente si se produce la separación de la pareja.
- A la consulta sanitaria pueden llegar niñas y mujeres que han sufrido además, otra de las formas de violencia de género, como es la mutilación genital (MGF), hecho altamente traumático con profundas huellas emocionales y graves consecuencias en todos los ámbitos de la salud. El estigma y la vergüenza son factores poderosos que muchas veces frenan a estas mujeres a la hora de buscar ayuda.

Trata de Mujeres y Niñas con fines de Explotación Sexual

La trata de mujeres y niñas ha sido bien documentada, pero existe todavía poca evidencia científica en cuanto a signos y síntomas de sospecha e impacto y cuidados en salud.

Las mujeres y niñas objeto de trata han experimentado una violencia extrema, pueden haber sido raptadas o atraídas con falsas promesas de conseguir unas mejores condiciones de vida en otro país, proceso durante el cual han podido ser drogadas, maltratadas, violadas, encerradas, privadas de alimentos o explotadas para trabajar, sobre todo, en la prostitución y trabajos forzados.

Como consecuencia de la coacción y la explotación sexual continuadas, se producen graves secuelas físicas, psicológicas y en la salud sexual y reproductiva: roturas de huesos, quemaduras, cortes y heridas, trastornos alimentarios, problemas de sueño, cansancio y agotamiento y otros problemas derivados de la privación de necesidades básicas, embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, estrés agudo y postraumático, depresión, ansiedad, fobias, ataques de pánico, consumo y dependencia de medicamentos o drogas.

Estas mujeres sufren lesiones y enfermedades, pero tienen muchas dificultades para acceder al sistema sanitario y ser atendidas de una manera segura y confidencial. Para una mujer víctima de trata, ponerse en contacto con alguien en el sector de la salud puede ser la primera - o la única - oportunidad de explicar lo ocurrido o pedir ayuda.

Entre los riesgos y dificultades que conlleva salir de esta situación se encuentran: el control de sus traficantes a través de supuestas deudas que fueron forzadas a contraer, las amenazas de daño a la familia o a ella misma, ser deportada, quitándole sus documentos de identidad, o privándola de tener contacto con el mundo exterior, familia y amistades.

En ocasiones, también son forzadas a casarse contra su voluntad. En un matrimonio forzado, el marido y su familia pueden ejercer control sobre la vida de ellas, esclavizándolas sexualmente o en el servicio doméstico.

A pesar de que los datos disponibles son escasos, el daño a la salud de las mujeres y niñas objeto de trata es contundente, por lo que en salud pública se incorpora la trata de personas como un problema de salud.

Desde la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y consensado por todos los servicios de salud de las comunidades autónomas, se han actualizado durante 2010 los contenidos educativos y materiales comunes para la formación de profesionales de los servicios sanitarios con los siguientes criterios:

- contenidos específicos que los profesionales del SNS deben conocer en materia de trata de seres humanos con fines de explotación sexual.
- materiales educativos de apoyo para el desarrollo de dichos contenidos específicos.

A finales del año 2010, estas adaptaciones fueron aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y se encuentra actualmente disponible en la Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.²

Mujeres Mayores

En las mujeres mayores pueden confluír factores que aumentan la vulnerabilidad a la violencia de género, conllevan una mayor dependencia y dificultan las posibilidades de poner fin a una relación de maltrato:

- Pueden haber estado sufriendo maltrato durante muchos años, aún sin ser conscientes de ello, desarrollando sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia que les impiden plantearse alternativas a su situación.
- En la etapa de la jubilación, el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres tratan de tener un mayor control sobre el tiempo, las actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarles y atenderles.
- Es frecuente la dependencia económica de la pareja e ingresos escasos procedentes de pensiones, que impiden que las mujeres se planteen como posibilidad la separación de la pareja y el inicio de una vida autónoma e independiente.
- En esta etapa de la vida, hay mujeres que pierden el apoyo cotidiano de sus hijos o hijas cuando éstos/tas se independizan, e incluso cambiar de ciudad, lo que las enfrenta a vivir una violencia sin testigos ni mediación.

⁽²⁾ El informe Rostgard (2004) fue financiado por la UNESCO. El análisis se basa en comparar 13 países que abarcan diferentes regiones geográficas y religiones - Bulgaria, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Moldavia, Polonia, Rumanía, Federación Rusa, Eslovaquia, Eslovenia y Ucrania.

- En otras ocasiones, las mujeres mayores que se plantean la separación de su pareja, no reciben apoyo por parte de hijos e hijas, o son incluso culpabilizadas o animadas a que desistan de ello, valorando prioritariamente no el bienestar de su madre, sino la situación en la que quedará su padre, que no ha desarrollado ninguna habilidad para su autocuidado y autonomía en la vida cotidiana y que posiblemente recaiga en ellas y ellos. La conciencia de las mujeres de esta situación, contribuye también a que renuncien a la separación como una posibilidad.
- Incluso existen cada vez más casos, en que los hijos e hijas se separan y vuelven al domicilio de sus progenitores, sobrecargando a las madres con el trabajo doméstico y el cuidado de nietas y nietos, disminuyendo así su autonomía y las posibilidades de plantearse un cambio en su situación al tener más personas a cargo. En ocasiones extremas, a la violencia de su pareja se suma el maltrato por parte de sus hijos/as.
- Algunas mujeres se ven en la circunstancia de tener que cuidar a su pareja, de la que han recibido y continúan recibiendo malos tratos, por encontrarse ésta en situación de dependencia y/o enfermedad crónica.
- Las mujeres que llegan a la vejez con un importante deterioro en la salud o alguna discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato por parte de sus parejas al tener que cuidar de ellas, o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

Medio Rural

Además de las barreras comunes a todas las mujeres en la revelación y denuncia de la situación de maltrato, vivir en el **medio rural** añade otras dificultades tanto para la detección, como para la intervención:

- Dificultades de acceso a los recursos por su dispersión y lejanía.
- Mayor control social, es más difícil el anonimato. El hecho de denunciar puede tener repercusiones en las relaciones con la comunidad.
- Mayores dificultades para la protección. En pequeños municipios, las órdenes de alejamiento son difíciles de cumplir.
- Mayor riesgo de inhibición profesional por el control social.
- Menor posibilidad de independencia económica.

Mujeres en situación de exclusión social

La feminización de la pobreza conduce a las mujeres a experimentar situaciones de exclusión social. Una parte significativa de mujeres solas con cargas familiares, mujeres que están en prisión o han salido de ella, mujeres que ejercen la prostitución, mujeres con drogodependencias graves, pueden encontrarse experimentando este tipo de situaciones. Habitualmente acumulan varios factores de desventaja social, que contribuyen no sólo a una mayor vulnerabilidad a sufrir violencia de género, sino a aumentar las dificultades para salir de ella:

- Analfabetismo o niveles muy bajos de instrucción social, escasa o nula cualificación laboral, precariedad en la vivienda, problemas graves en la esfera de las relaciones personales y/o familiares, carecer o tener muy limitada la autonomía económica.
- Tener asociadas otras circunstancias adversas: problemas importantes de salud o discapacidades, baja autoestima, sentimientos de rechazo social, vergüenza, impotencia, desesperanza, carencia de habilidades sociales, que disminuyen la capacidad de autodeterminación necesaria para afrontar una separación.
- Tener en la práctica, menor acceso a los servicios de ayuda.
- Ausencia de redes sociales de apoyo o vínculos demasiado precarios.

Mujeres con VIH

Tener infección por el VIH puede ser un factor de riesgo ante la violencia de género. Se ha mostrado que las mujeres con infección por el VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales tras comunicar su estado serológico a sus parejas. Aunque distintos estudios indican que los índices de violencia de género que sufren las mujeres con el VIH son similares a los que sufren las mujeres que no están infectadas, su intensidad y gravedad parece ser más severa para las primeras. Por otro lado, en las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas.

6. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud

6.1. Consecuencias en la salud de las mujeres

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Por ello, ha declarado **la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública en todo el mundo** (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996).

Tabla 1. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las mujeres
CONSECUENCIAS FATALES
<ul style="list-style-type: none">▪ Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none">▪ Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden producir discapacidad.▪ Deterioro funcional.▪ Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas).▪ Peor salud.
CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor crónico.▪ Síndrome del intestino irritable.▪ Otros trastornos gastrointestinales.▪ Trastornos del sueño.▪ Discapacidades.
CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<ul style="list-style-type: none">▪ Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cervix, embarazo no deseado.▪ Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.
CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none">▪ Depresión.▪ Ansiedad.▪ Trastorno por estrés postraumático.▪ Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).▪ Trastornos psicopatológicos.▪ Intento de suicidio, autolesiones.▪ Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.▪ Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).

Tabla 1. (Continuación)**CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL**

- Aislamiento social.
- Pérdida de empleo.
- Absentismo laboral.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.

6.2. Consecuencias en la salud de hijas e hijos

Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud en las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, su nivel de desarrollo, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos. Asimismo, debido a los condicionantes de género, la violencia tendrá un impacto diferencial por ser una niña o un niño, chica o chico.

Las alteraciones detectadas afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social y pueden tener efectos a corto, medio y largo plazo.

Tabla 2. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las hijas e hijos**CONSECUENCIAS FATALES :**

- Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FISICA:

- Daños y lesiones.
- Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos.
- Alteraciones del sueño y la alimentación.
Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL:

- Ansiedad, depresión, baja autoestima.
- Trastorno de stress postraumático.
- Déficit de atención y concentración, hiperactividad.
- Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.
- Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- Comportamientos de riesgo.
- Inhibición y aislamiento.
- Adicciones.
- Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.
- Trastornos psicopatológicos.

Tabla 2. (Continuación)**CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO O VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL:**

Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de:

- Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.
- Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones.
- Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

Tabla 3. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de hijas e hijos según su edad

EDADES	CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICION A LA VIOLENCIA
0 a 2 años	Retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones en la alimentación y el sueño, síntomas psicosomáticos (asma, eczemas) llanto inconsolable, irritabilidad, mayor riesgo de maltrato físico.
2 a 5 años	Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones, agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, ansiedad, tristeza, sentimientos de culpabilidad.
6 a 12 años	Agresividad, ansiedad, miedos, alteraciones en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático.
Más de 12 años	Anorexia y bulimia, ansiedad, depresión, apatía, dificultad para la expresión de sentimientos, explosiones de ira, reducción de habilidades sociales, establecimiento de relaciones conflictivas, comportamientos de riesgo y de evasión, comportamientos violentos dentro y fuera del hogar, huida del hogar, absentismo escolar, drogodependencias, intentos de suicidio, autolesiones, psicopatologías, asunción del rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre. En las chicas: embarazos para sentir que alguien las quiere, embarazos no deseados, establecer relaciones de pareja en las que sufren maltrato. En los chicos: Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y de reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja.

6.3. Consecuencias en el entorno relacional de la mujer

El hecho de conocer la existencia de una relación de maltrato, afecta también a personas del entorno cercano con las que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales (familiares, amistades, vecindario), teniendo

una especial **repercusión en personas dependientes de la mujer** y/o convivientes, quienes sufren además los efectos de la violencia de género sin tener la capacidad de terminar con la situación, experimentando sentimientos de rabia e impotencia.

También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia.

A su vez, tener conocimiento de que otra mujer está viviendo una relación de maltrato afecta también a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia de género, que pueden reexperimentar su situación y desarrollar de nuevo sintomatología.

6.4. Consecuencias en el personal sanitario

Escuchar los relatos de violencia, ser testigos/as del sufrimiento y los daños físicos y emocionales en las mujeres y en sus hijas e hijos, provocados por alguien de quienes se espera amor, cuidado y protección, no deja indiferente al personal sanitario. Produce sentimientos de dolor, tristeza, rabia, agresividad, impotencia y afecta a la idea que tengan del mundo y las relaciones. Todo ello puede repercutir también en la práctica asistencial. Por eso es importante disponer de herramientas metodológicas para el abordaje de la violencia de género, formación y apoyo o seguimiento continuos, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario, así como desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado a fin de que el impacto emocional que el tratar a víctimas de maltrato, no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctimas, ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales.

7. La importancia del personal de los servicios sanitarios ante la violencia de género

El Modelo de Atención Integral de la Salud

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (con-

sultas a demanda y preventivas, embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

El **modelo de atención integral a la salud** incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, entendida como una forma de articulación, que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona. Desde la interdisciplina se procura romper con el aislamiento de los servicios y profesionales y se fortalece la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención.

Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que existen para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que procura dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un Modelo de Atención Integral a la Salud.

Si el personal de los servicios sanitarios es capaz de profundizar, mediante una escucha activa y empática, en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y condiciones de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la **ruptura del silencio**, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema. El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «autoridad» como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema.

En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada Centro Sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este

tipo de situaciones. En este sentido, es de gran relevancia el papel de las y los trabajadores sociales entre cuyas tareas se encuentra la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario, así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas e hijos.

Resaltamos en este protocolo de manera especial, el papel relevante de las y los profesionales de Pediatría en la detección e intervención con los hijos e hijas de mujeres que viven situaciones de maltrato por parte de sus parejas, contando para ello con el apoyo del Equipo Integral de Salud.

Asimismo, las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo se convierten en momentos privilegiados para la detección y la prevención de la violencia de género. El seguimiento del embarazo posibilita el contacto y la relación con las mujeres mensualmente, por lo que tanto las matronas, personal de enfermería y de obstetricia pueden observar cualquier signo de alarma que la mujer presente, no debiendo dudar en indagar acerca de tal situación. Además, en los cursos de Educación Maternal y de Preparación al Parto pueden abordarse temas como: el buen trato en la pareja, la igualdad, la corresponsabilidad, la sexualidad y la violencia.

Otro espacio favorable para la detección y prevención de la violencia de género son los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, entre ellas la infección por VIH. Muchos de estos servicios incluyen sesiones de counseling previo y posterior a la prueba del VIH que permiten la exploración de la violencia.

Los Equipos de profesionales de Salud Mental también deben estar alerta ante indicios de Violencia de Género en todas las mujeres que atienden, con especial énfasis en las que padecen Trastorno mental grave y/o son consumidoras de drogas.

También es necesario tener siempre en cuenta a las mujeres en situación de especial vulnerabilidad descritas con anterioridad, como son: las mujeres inmigrantes, las mujeres mayores, mujeres que viven en el medio rural, mujeres con el VIH y mujeres que sufren algún tipo de discapacidad física o intelectual.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

La OMS, en su informe *Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario*, recomienda al personal sanitario que: «No tenga miedo de preguntar:

*Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y **no valorativa**. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte».*

Define además, que las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario, son las siguientes:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer **atención sanitaria integral** y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

NO HACER es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. ***ACTUAR*** contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño..., pero es importante señalar que el ***sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico***. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer se puede ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo.

8. Prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario

El sistema sanitario también tiene un importante papel en la prevención de la violencia de género, que se articula a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales y de atención a la salud integral de las mujeres, lo que incluye actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud.

Tabla 4. Recomendaciones para la prevención de la Violencia de Género desde el sistema sanitario

EN EL AMBITO DE LA SENSIBILIZACION Y FORMACION DE PROFESIONALES:

- Inclusión en la formación continuada del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Debe incluirse con especial énfasis la formación en competencias interculturales, y los distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.
- Realización de sesiones clínicas multi e interdisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio, incluyendo casos en los que las mujeres se encuentren en situaciones de especial vulnerabilidad.
- Realización de sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos o hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre, cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de la pediatría, profesionales del sector educativo y servicios sociales.
- Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género.

EN EL AMBITO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES:

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales, promoviendo su participación en actividades grupales dentro y fuera del sistema sanitario que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado.
- Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas explicando las consecuencias de este tipo de violencia en la salud y cuál es el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente con aquellas de mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Actuación en atención primaria y especializada

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Existe una clara preocupación por la baja detección y el retraso en el diagnóstico de la violencia de género, así lo constata la evidencia científica internacional y los numerosos estudios de investigación al respecto.

Para su abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana.

Según la literatura internacional sobre programas universales de cribado en violencia de género perpetrada por pareja o expareja, la eficacia de dichos programas viene avalada por la convergencia de varios factores o procesos: la formación de profesionales, la existencia y accesibilidad a recursos específicos así como la continuidad en la asistencia.

En este sentido, en España, desde la edición del Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2007, todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas han desarrollado guías de actuación y protocolos en sintonía con el mismo, así como programas de formación para capacitar a sus profesionales y herramientas específicas o adaptación de sus sistemas de información sanitaria para la detección precoz y seguimiento de casos. También se han desarrollado programas de colaboración y protocolos interinstitucionales para coordinar las actuaciones de todos los sectores implicados en la atención integral a los casos de violencia de género.

Por tanto, en virtud de la evidencia científica disponible y de la experiencia desarrollada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, esta nueva edición del Protocolo Común del SNS recomienda para detectar precozmente y mejorar la atención, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado. Para ello se realizarán preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, incluyendo la violencia de género.

Asimismo, este protocolo plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado de los servicios de atención primaria y el hecho de contar con equipos multidisciplinares, puede facilitar de forma significativa esta detección precoz.

Las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias tienen alta probabilidad de estar sufriendo violencia de género. Es bastante frecuente que no tengan conciencia de su situación de maltrato, que la minimicen, o que no hablen de ello por diversos motivos y que tampoco relacionen su problemática de salud con la violencia de género vivida. Por tanto, los equipos de estos servicios deben también preguntar de forma sistemática sobre las experiencias de violencia.

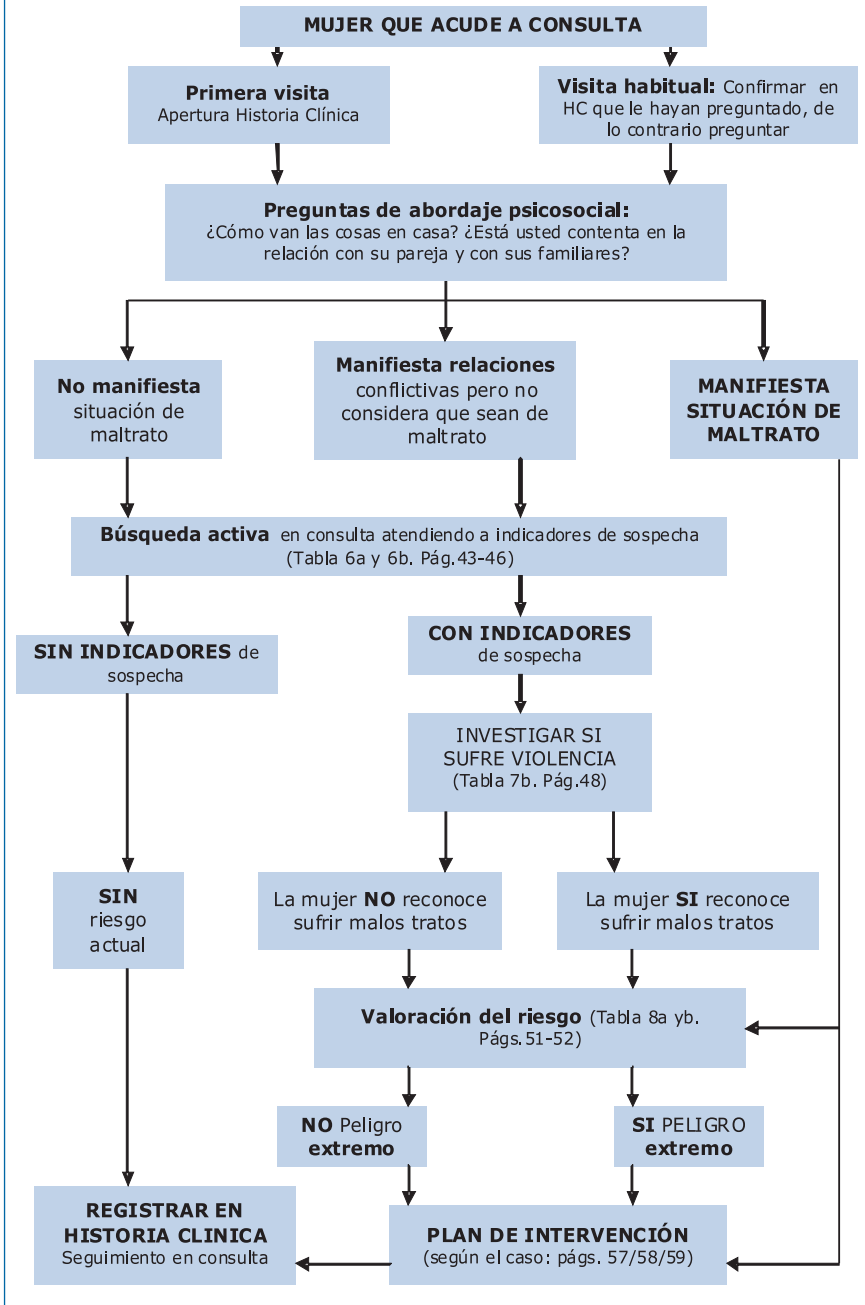
En la atención a las mujeres que sufren maltrato, además de la atención y seguimiento de la paciente, es necesario, si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a cargo de la mujer, la coordinación con pediatría y trabajo social.

Es importante recordar que las mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las mujeres inmigrantes, las mujeres que viven con el VIH, las que se encuentran en situación de exclusión social o las que viven en entornos rurales, son más vulnerables al maltrato, por lo que es necesario prestarles una atención especial.

El protocolo de actuación se estructura en las siguientes fases:

1. DETECCIÓN Y VALORACIÓN	
✓	Abordar los aspectos psicosociales en la consulta.
✓	Indicadores de sospecha.
✓	Identificación Pregunta específica sobre maltrato.
✓	Valoración: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsicosocial. ▪ De la situación de violencia ▪ Del riesgo
2. INTERVENCIÓN	
✓	Información acerca del problema.
✓	Trabajo en la consulta – seguimiento.
✓	Registro en la historia clínica.
✓	Intervención de las/os trabajadoras sociales de los equipos de Salud de AP y AE y hospital.
✓	Derivación a servicios especializados si precisa.
✓	Actuación con los hijos e hijas (si procede) y otras personas dependientes si las hubiera.
✓	Emitir cuando proceda el parte de lesiones e informe médico correspondiente

Algoritmo de actuación sanitaria ante la Violencia de Género



1. Detección

En Atención Primaria, cualquier profesional sanitario debe investigar la posibilidad de maltrato en toda mujer que acude a consulta y no figure en su historia que se le haya preguntado. La indagación puede iniciarse mediante preguntas de abordaje psicosocial y/o directamente informándole que dada la alta frecuencia de maltrato, actualmente *«estamos preguntando a todas las mujeres que acuden a consulta sobre esta posibilidad»*. Generalizando la pregunta, se evitará que piense: «¿Por qué me pregunta a mí?, ¿Qué piensa o qué sabe de mi pareja?». Se debe preguntar siempre que las condiciones de seguridad lo permitan y observando las normas que se aconsejan al respecto (no presencia de la pareja en la consulta, condiciones de confidencialidad). El programa de Actividades de Prevención de Atención Primaria ofrece un marco adecuado para la realización de estas preguntas. La frecuentación más elevada tiene lugar en las consultas de medicina y enfermería, por lo que son estos profesionales los que tienen más posibilidades de detección. También los equipos de salud mental tienen un papel primordial en la detección.

1.1. Dificultades para identificar la violencia de género

Existen múltiples dificultades para reconocer la violencia de género, tanto por las mujeres que la sufren, como por parte de profesionales del sistema sanitario. Tienen que ver con factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, con factores psicológicos como el temor a enfrentar los miedos y el dolor emocional y además, en profesionales, se puede sumar la falta de formación en esta materia.

Las dificultades son todavía mayores en el caso de mujeres con discapacidades que dependen de su pareja incluso para su cuidado, de mujeres migrantes en situación administrativa irregular y/o con barreras idiomáticas, o en caso de vivir en el medio rural, donde el acceso a los recursos y a la protección puede estar más limitado; también en las mujeres mayores de 65 años y especialmente las ancianas, en mujeres con enfermedad mental grave, en mujeres que ejercen la prostitución, mujeres drogodependientes y cualquier otra circunstancia que las coloque en situación de exclusión social.

Mitos y estereotipos

La violencia de género está llena de mitos, estereotipos y prejuicios sobre los hombres que la ejercen, sobre las mujeres que la sufren y sobre el proceso en sí mismo. Son ideas preconcebidas y erróneas que han formado

parte del imaginario social y de la cultura durante siglos, como creencias y explicaciones sobre los malos tratos y han sido incorporados muchas veces de forma inconsciente, por todas las personas, mujeres y hombres, y por tanto también por las y los profesionales sanitarios al haber sido socializados en esta cultura.

Por lo tanto, estos mitos y estereotipos, que por lo general restan responsabilidad a los hombres y culpabilizan a las mujeres, predisponen negativamente a las y los profesionales ante las mujeres que sufren violencia de género e impiden actuar de forma efectiva, tanto en la detección precoz como en la intervención sociosanitaria.

En los últimos años, en gran medida a través de los programas de formación, cada vez más profesionales sanitarios identifican estos estereotipos y son conscientes, por ejemplo, de que los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, que no existe un perfil de mujer maltratada o de hombre violento, por lo que cualquier mujer que acude a consulta, independientemente de su aspecto, su profesión, nivel de estudios o status socioeconómico, puede encontrarse en una relación de maltrato. Aún así, todavía siguen presentes algunas ideas erróneas, como que el embarazo es una etapa feliz, en la que no puede producirse violencia o que, incluso en una relación de maltrato, la violencia disminuye durante el embarazo. O como pensar que las hijas e hijos de mujeres en relaciones de violencia, al no estar presentes durante las agresiones o no sufrirlas directamente, no padecerán sus efectos.

Debido a la influencia de los estereotipos en la detección e intervención, es importante que el personal sanitario los conozca, se haga consciente de ellos y formen parte de los programas de formación.

Tabla 5. Dificultades para identificar la Violencia de Género por parte de las mujeres

POR PARTE DE LAS MUJERES

- ✓ Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...).
- ✓ Baja autoestima, culpabilización.
- ✓ Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad (ver apartado 5, pág. 26-31)
- ✓ Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.
- ✓ Sentimientos de vergüenza y humillación.
- ✓ Deseo de proteger a la pareja.
- ✓ Desconfianza en el sistema sanitario.
- ✓ Minimización de lo que le ocurre.
- ✓ Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.
- ✓ Tener incorporados creencias y valores sexistas.
- ✓ Estar acostumbradas a ocultarlo.
- ✓ Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.
- ✓ Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

Tabla 5. (Continuación)

POR PARTE DE LOS HIJOS O HIJAS

- ✓ Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
- ✓ Negar la violencia como mecanismo de defensa.
- ✓ Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación.
- ✓ Tener sentimiento de responsabilidad y culpa.
- ✓ El niño o niña viven un conflicto de lealtades entre su madre y su padre.
- ✓ Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- ✓ Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- ✓ Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género.
- ✓ No considerar la violencia como un problema de salud.
- ✓ Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- ✓ Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- ✓ Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- ✓ Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- ✓ Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- ✓ Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- ✓ Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
- ✓ Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género.
- ✓ Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- ✓ Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
- ✓ Sobrecarga asistencial.
- ✓ Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- ✓ Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- ✓ Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo.
- ✓ Insuficiente alcance de programas de formación en Violencia de Género, a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios.
- ✓ Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre Violencia de Género al personal sanitario.
- ✓ Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

1.2. Indicadores de sospecha y situaciones de vulnerabilidad

Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos.

Tabla 6a. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer

1. Antecedentes de violencia:

- ✓ Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja
- ✓ Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

2. Antecedentes personales y de hábitos de vida

- ✓ Lesiones frecuentes.
- ✓ Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.
- ✓ Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

3. Problemas gineco-obstétricos

- ✓ Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- ✓ Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- ✓ Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- ✓ Historia de abortos repetidos.
- ✓ Hijos con bajo peso al nacer.
- ✓ Retraso en la solicitud de atención prenatal.

4. Síntomas psicológicos

- ✓ Insomnio.
- ✓ Depresión.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Trastorno de estrés postraumático.
- ✓ Intentos de suicidio.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Agotamiento psíquico.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ Labilidad emocional.

5 -Aspectos Sociales

- ✓ Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.

6. Síntomas físicos frecuentes

- ✓ Cefalea.
- ✓ Cervicalgia.
- ✓ Dolor crónico en general.
- ✓ Mareos.
- ✓ Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- ✓ Molestias pélvicas.
- ✓ Dificultades respiratorias.

7. Utilización de servicios sanitarios

- ✓ Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- ✓ Incumplimiento de citas o tratamientos.
- ✓ Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- ✓ Frecuentes hospitalizaciones.
- ✓ Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

8. Situaciones de mayor vulnerabilidad

- ✓ Situaciones de cambio vital:

Tabla 6a. (Continuación)

- Embarazo y puerperio.
- Noviazgo.
- Separación.
- Jubilación propia o de la pareja.
- ✓ Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:
 - Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
 - Aislamiento tanto familiar como social.
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
 - Enfermedad discapacitante.
 - Dependencia física o económica.
 - Dificultades laborales y desempleo.
 - Ausencia de habilidades sociales.
- ✓ Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza)ç
- ✓ Infección por el VIH.

9. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:

- ✓ Familiares.
- ✓ Amistades.
- ✓ Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

Tabla 6b. Indicadores de sospecha durante la consulta

1. Características de las lesiones

- ✓ Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- ✓ Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- ✓ Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.
- ✓ Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- ✓ Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- ✓ Lesiones en genitales.
- ✓ Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- ✓ Lesión típica: rotura de tímpano.

2. Actitud de la mujer:

- ✓ Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.
- ✓ Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
- ✓ Autoestima baja.
- ✓ Sentimientos de culpa.
- ✓ Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- ✓ Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- ✓ Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- ✓ Falta de cuidado personal.
- ✓ Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
- ✓ Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas.
 - Busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja

- ✓ Solicita estar presente en toda la visita.

Tabla 6b. (Continuación)

- ✓ Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- ✓ Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- ✓ A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

Durante el embarazo:

- ✓ Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- ✓ Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- ✓ Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
- ✓ Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- ✓ Embarazo en la adolescencia.
- ✓ Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.
- ✓ Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

Durante el puerperio:

- ✓ Desgarros y deshiscencia de la episiotomía.
- ✓ Mala o lenta recuperación post parto.
- ✓ Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- ✓ Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- ✓ Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre – bebé.
- ✓ Retraso en la visita neonatal.

Cuando el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, deberá confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello es preciso realizar una **entrevista clínica específica**.

En la siguiente tabla se presentan algunas recomendaciones para crear un clima de confianza que la facilite.

Tabla 7a. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

- ✓ Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
- ✓ Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- ✓ Facilitar la expresión de sentimientos.
- ✓ Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- ✓ Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- ✓ Abordar directamente el tema de la violencia.
- ✓ Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

Tabla 7a. (Continuación)

En el caso de que reconozca sufrir malos tratos:

- ✓ Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre.
- ✓ Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- ✓ Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- ✓ Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- ✓ NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- ✓ NO dar falsas esperanzas.
- ✓ NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: “¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...”.
- ✓ NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- ✓ NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- ✓ NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer. y cuando sean necesarios, hacerlo con estricto control médico.
- ✓ NO adoptar una actitud paternalista.
- ✓ NO imponer criterios o decisiones.

En esta tabla se presentan ejemplos de preguntas generales que podrían utilizarse en la consulta, para la búsqueda activa de situaciones de maltrato en caso de sospecha.

Tabla 7b. Ejemplos de preguntas ante sospecha

En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:

- ✓ He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar ó problema de salud?, La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?
- ✓ En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
- ✓ En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

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

- ✓ Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido?
- ✓ ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
- ✓ ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).

Tabla 7b. (Continuación)

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

- ✓ Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía.): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?
- ✓ ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas ó hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
- ✓ Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
- ✓ ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:

- ✓ “Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?”
- ✓ Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?”
- ✓ Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?

Asimismo, en la detección hay que tener presente especialmente las situaciones y contextos de vulnerabilidad:

- Durante el **embarazo** también existe la posibilidad de que la mujer esté sufriendo Violencia de Género. Es importante que en el proceso de atención sanitaria, desde las fases iniciales del seguimiento del embarazo, encontremos un momento en el que podamos hablar con la mujer sin la presencia de su pareja o/y otras personas de la familia y le preguntemos por la posibilidad de estar sufriendo algún tipo de violencia.
- Las mujeres con **discapacidad** son más vulnerables a la Violencia de Género y otros tipos de violencia y habitualmente acuden a la consulta acompañadas por su pareja o acude únicamente él. Por ello, es necesario que tanto en la consulta como en la atención en el domicilio, podamos tener un espacio de intimidad sin la presencia de su pareja y valorar la posibilidad de que esté sufriendo maltrato.
- Las **mujeres mayores** pueden ser víctimas de Violencia de Género y sin embargo no tenerlo identificado como tal; su tolerancia a estas situaciones suele ser alta por tener más asumido culturalmente el rol tradicional de la mujer, y aun cuando son conscientes de la situación de maltrato que sufren, es mucho más difícil para ellas decidir cambios o la posibilidad de ruptura con la pareja.
- Las **mujeres inmigrantes** pueden estar en situación irregular administrativa y tener un temor especial a revelar su situación.

- También se dan barreras añadidas para las mujeres que viven en el **medio rural**, donde puede existir menor accesibilidad a los recursos, mayor dificultad para la protección y más control social.
- Las mujeres con **infección por el VIH** pueden tener un temor especial a que se haga público su estado serológico, ya que la infección por VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizante, que provoca numerosas situaciones de discriminación en diferentes ámbitos. Este mismo estigma se superpone al relacionado con la violencia de género, lo que puede hacer más difícil su detección.

2. Valoración

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar:

1. Una valoración integral que incluya: exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.
2. Se evaluará si se encuentra en situación de peligro extremo.
3. Se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.

La coordinación entre profesionales de los equipos de Atención Primaria con los hospitales, con los servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia, es necesaria en el abordaje de cualquier caso de Violencia de Género, sobre todo en el caso de mujeres en situación de especial vulnerabilidad. Así por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas, el conjunto de profesionales de salud sexual y reproductiva en Atención Primaria ha de mantener en todo momento una comunicación fluida con los equipos profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia en el ámbito hospitalario y otros agentes que pueden intervenir en la atención, seguimiento y recuperación de estas mujeres.

El apoyo de profesionales de la mediación o agentes comunitarios/as puede ser de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes.

Tabla 8a. Valoraciones

BIOPSIOSOCIAL
<ul style="list-style-type: none">✓ Lesiones y síntomas físicos.✓ Situación emocional.✓ Situación familiar.✓ Situación económica, laboral y ocupacional.✓ Red de apoyo social de la mujer.
DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA
<ul style="list-style-type: none">✓ Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.✓ Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.✓ Mecanismo de afrontamiento desarrollado por la mujer.✓ Fase del proceso de motivación para el cambio en la que se encuentra (Ver Tabla 9, pág. 56).
DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DEL RIESGO
<ul style="list-style-type: none">✓ Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer:<ul style="list-style-type: none">○ Amenazas con armas o uso de las mismas.○ Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas.○ Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.○ Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.○ Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.○ Amenazas o acoso a pesar de estar separados.○ Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.○ Agresiones durante el embarazo.○ Abusos sexuales repetidos.○ Comportamiento violento fuera del hogar.○ Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene○ Aislamiento creciente.○ Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge.○ Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.✓ Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.✓ Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).✓ Si se detecta una situación de peligro preguntar:<ul style="list-style-type: none">○ ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?○ ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?○ ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

Tabla 8b. Preguntas para valorar la situación y tipo de violencia

Violencia física

- ✓ ¿Su pareja le empuja o agarra?
- ✓ ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

Violencia sexual

- ✓ ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ✓ ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?
- ✓ ¿Se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar?

Violencia psicológica

- ✓ ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ✓ ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
- ✓ ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
- ✓ ¿Se pone celoso sin motivo?
- ✓ ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ✓ ¿La culpa de todo lo que sucede?
- ✓ ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?
- ✓ ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
- ✓ ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona³⁾?
- ✓ ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

Violencia Ambiental

- ✓ ¿Maltrata a las mascotas?
- ✓ ¿Da golpes en las paredes, puertas?
- ✓ ¿destruye objetos queridos por usted?

Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia:

- ✓ ¿Desde cuando sufre esta situación?
- ✓ ¿Con que frecuencia se producen los episodios violentos?
- ✓ ¿Hay momentos en que el es cariñoso y la trata bien?
- ✓ ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?
- ✓ ¿La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?

En caso de que tenga hijos/as:

- ✓ ¿Suelen presenciar la violencia?
- ✓ ¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos/ellas?
- ✓ ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?

⁽³⁾ En el caso de mujeres con VIH esta pregunta puede variar atendiendo al contexto concreto en cuanto a su formulación, por ejemplo: ¿Amenaza con contarle a otras personas que tiene usted infección por VIH si le abandona?"

3. Intervención

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran.

La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si las mujeres tienen autonomía económica, apoyo familiar y social y relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico. Las mujeres que continúan en una relación donde hay maltrato, no lo hacen porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación.

El proceso de cambio de las mujeres y la actuación sanitaria

Es importante conocer el proceso interno por el que atraviesan las mujeres desde el momento en el que toman conciencia de su situación y se plantean iniciar un proceso de cambio, así como las pautas de actuación por parte del equipo de atención en cada una de estas etapas de cambio. Cabe resaltar que este proceso no es lineal, por lo que se pueden esperar tanto avances como retrocesos.

Asimismo, es fundamental comprender que es probable que algunas mujeres cuando llegan a la consulta ya hayan realizado un trabajo interno, incluso tomado decisiones, por lo que debemos prestar detenida atención al momento de cambio en el que se encuentra cada mujer, con el fin de no cometer errores en la intervención.

A continuación se detalla el proceso de cambio con sugerencias para la actuación sanitaria:

Tabla 9. El proceso de cambio en las mujeres y la actuación profesional

FASES EN EL PROCESO DE CAMBIO DE LAS MUJERES	ACTUACION PROFESIONAL
Ausencia de conciencia de la situación de violencia o negación de la misma.	Relacionar su sintomatología con la situación de violencia. Ofrecer criterios para que pueda analizar lo que es maltrato y buen trato.
Empieza la toma de conciencia de la violencia que vive, pero no siente que la situación pueda cambiar o que ella pueda intervenir haciendo cambios	Facilitar la expresión de emociones, miedos, expectativas, dificultades. Identificar apoyos y fortalezas. Analizar el ciclo de la violencia con ella
Empieza a pensar que no puede seguir viviendo así, pero no sabe cómo cambiar. Analiza pros y contras para un cambio que no se plantea realizar todavía.	Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. Analizar sus dificultades. Motivarla para buscar otros apoyos profesionales y recursos como el trabajo grupal.
Inicia cambios en su vida y planes para la ruptura, aún en medio de sentimientos contradictorios como la autoconfianza, la culpa, el miedo a enfrentarse a lo desconocido	Valorar sus progresos, reforzar sus decisiones, acompañándola con citas frecuentes, coordinación con otros recursos sociosanitarios.
El camino de salida de la violencia no es lineal, como todo proceso de cambio puede tener momentos de abandono y retrocesos hasta lograr consolidar y mantener su autodeterminación.	Ayudarla a entender que los retrocesos y las inseguridades forman parte del proceso. Analizar con ella los motivos y situaciones que la llevaron al retroceso.
Consolidado el proceso de cambio, se plantea nuevos proyectos de vida	Potenciar su participación en actividades y redes sociales, en la creación de vínculos saludables, en el desarrollo de su autoestima y autoconfianza.

El trabajo grupal con mujeres como herramienta para el cambio

La violencia de género causa deterioro de los vínculos socioafectivos y aislamiento, sentimientos de inseguridad e incapacidad, pérdida de la autoestima, por lo que las mujeres necesitan crear nuevos vínculos y redes de apoyo, integrarse en actividades sociales, aprender nuevas formas de autocuidado, desarrollar capacidades personales, tomar conciencia de que lo que sufren no es un problema individual sino social y elaborar nuevos proyectos de vida.

El trabajo grupal como herramienta metodológica incorporando la perspectiva de género ha mostrado ser una de las formas más eficaces y satisfactorias para recuperar la salud física, mental y social de las mujeres en situaciones de violencia. Los grupos de mujeres coordinados por profesionales especializados en el tema, son un espacio para la escucha, la reflexión, la relación, el apoyo y la compañía en los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro, a la vez que permiten y facilitan:

- ✓ Poner en palabras y elaborar la experiencia vivida
- ✓ Expresar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes.
- ✓ Entender la conexión entre el malestar, la pérdida de salud y la violencia de género y las condiciones de vida.
- ✓ Encontrar un tiempo propio para el autocuidado, la autoformación y el desarrollo personal.
- ✓ Establecer relaciones y redes de apoyo.
- ✓ Desarrollar habilidades para prevenir y enfrentar a las diferentes formas de violencia.
- ✓ Aprender relaciones de buen trato, incorporando el buen trato hacia una misma.
- ✓ Desarrollar la autoconfianza y la autoestima personal y colectiva.
- ✓ Reflexionar y cuestionar los mandatos tradicionales de género, descubriendo nuevas formas de entender la vida y las relaciones.
- ✓ Elaborar un proyecto de vida propio.

Planes de actuación sanitaria según niveles de riesgo para la mujer

La actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que la mujer se encuentre.

Así, se presentan las 3 situaciones posibles para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

3.1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos

- ✓ **Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.**
- ✓ **Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra**
- ✓ **Trabajo en la consulta – seguimiento:**
 - Establecer una relación de confianza
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).
 - Si existe sospecha consistente de Violencia de Género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación. (Ver Página 81).

3.2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo

- ✓ **Registrar en la historia clínica, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo.**
- ✓ **Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.**
- ✓ **Trabajo en la consulta – seguimiento:**
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
 - Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos de la zona).
- ✓ **Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer):**
 - Al personal de trabajo social del centro sanitario.
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer.
- ✓ **Emitir parte de lesiones cuando proceda.**
- ✓ **En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos ó psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal.** La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada (Ver página 81).
- ✓ **Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.**

3.3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo

- ✓ **Registrar en la historia clínica** el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. (Tabla 8a y 8b, pág. 53 y 54). Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- ✓ **Conocer la situación familiar**, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- ✓ **Informar a la mujer** de la valoración que hace el/la profesional de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- ✓ **Emitir el parte de lesiones e informe médico, y remitirlo al juez** con carácter inmediato (FAX, Email) entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- ✓ **Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias** sociales para mujeres maltratadas, teléfono 112 (Emergencias), servicios específicos de su comunidad autónoma o, en su caso, actuar siguiendo el protocolo de coordinación interinstitucional de la Comunidad Autónoma.

3.4. Recomendaciones para la actuación sanitaria

Ante cualquier actuación sanitaria en casos de Violencia de Género, es importante recordar siempre:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- Informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.
- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para valorar el alcance del maltrato.
- Es necesario tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.

- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Es necesario que las personas profesionales de salud realicen sus propios procesos y la formación sea también vivencial, tomando conciencia de sus propias actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación, conflictos y del impacto de los mandatos patriarcales en sus vidas.
- Promover en las mujeres su participación en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal, tanto en los centros de salud como en los servicios especializados.

4. Detección y Valoración en Hijas e Hijos

Las y los profesionales de pediatría juegan un importante papel en la detección, atención y prevención ante situaciones de violencia de género.

Cuando una mujer esté viviendo una relación de maltrato, y en el caso de que tenga hijas e hijos en edad de asistencia pediátrica, es importante la coordinación de medicina de familia con pediatría para que realice una valoración de la repercusión de esta situación en los hijos e hijas expuestos a la misma.

Asimismo, en la atención sanitaria a niñas y niños, la sospecha de que la problemática de salud que presentan puede ser consecuencia de estar expuestos/as a la violencia de género, posibilitará también la detección y la intervención con las mujeres en relaciones de maltrato.

La intervención de profesionales de trabajo social del centro de salud puede ser de gran ayuda para la valoración psicosocial y, en caso necesario, se puede solicitar la colaboración de otros profesionales, como equipos de salud mental infanto-juvenil, equipos de atención psicológica a menores de los servicios sociales, y equipos de atención psicopedagógica del sistema educativo.

Tabla 10. Indicadores de sospecha en los hijos e hijas de mujeres en relaciones de Violencia de Género

- Daños o lesiones corporales.
- Retraso del crecimiento, retraso o dificultades en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, bajo rendimiento escolar.
- Enfermedades psicosomáticas de repetición.
- Trastornos del sueño y la alimentación.
- Trastornos del control de esfínteres.
- Accidentes frecuentes.
- Trastornos del comportamiento.
- Dificultades en las relaciones. (relaciones violentas con sus iguales, conductas de inhibición y aislamiento)
- Depresión, ansiedad.
- Intentos de suicidio, autolesiones.

Con el fin de identificar la exposición de un niño o niña a una situación de violencia de género, es imprescindible garantizarle un espacio donde él o ella sientan que pueden comunicarse y ser escuchados/as, hay que crear un entorno tan cálido y acogedor como sea posible, y utilizar un lenguaje y preguntas que sean apropiadas para su edad y etapa de desarrollo.

El objetivo de estas entrevistas exploratorias con el niño o la niña es conseguir que pueda compartir sus emociones, sus necesidades y sus miedos y que pueda expresar la violencia que ha sufrido o está sufriendo. Asimismo, hay que valorar la tipología, severidad y frecuencia de la exposición a la Violencia de Género, así como el impacto en su salud, el riesgo, el grado de protección por parte del entorno más inmediato, la fuerza y calidad del vínculo con la madre y el grado de resiliencia de la propia niña o niño.

Actuación en urgencias

Las mujeres que sufren violencia de género pueden acudir también a los servicios de urgencias, tanto del ámbito de la atención primaria como especializada. La mayoría de las actuaciones planteadas en el capítulo anterior podrían ser también recomendadas para urgencias, a excepción de las actuaciones referidas al seguimiento en la consulta. En los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves. Las mujeres que acuden a urgencias por este problema, pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no.

1. Actuación de detección de violencia

Mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos. (Tabla 6b, pág. 48).

- En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos. (Tablas 7a y 7b, pág. 50).
- Atender a la mujer en un clima de confianza adecuado.

2. Actuación asistencial

En primer lugar, se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados.

La atención a la paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados y, en el caso de que no precise ingreso en planta, se deberá valorar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social.

Igualmente, se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas.

El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia del alta). En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se le puede entregar a algún familiar o persona de su confianza. Otra copia

será para atención primaria, con el fin de colaborar a su seguimiento y a completar las actuaciones que sean precisas salvaguardando la confidencialidad de los datos. En caso de ingreso hospitalario, velar para que el informe de alta llegue a Atención Primaria.

3. Valoración de la seguridad

Siempre que se atienda un caso de violencia de género en urgencias es necesario realizar una valoración de la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer (Tablas 8a y 8b).

4. Información y derivación

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso, de acuerdo con los protocolos sanitarios e interinstitucionales existentes en cada Comunidad Autónoma. Desde el servicio de urgencias se deberá informar a atención primaria de la situación detectada, a fin de que pueda hacer el seguimiento que proceda mediante la remisión de una copia del informe clínico.

5. Actuación legal

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del Parte de Lesiones e Informe Médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica, valorando siempre la seguridad de la mujer para garantizar su protección.

Actuación ante agresiones sexuales

Las pautas de actuación ante agresiones sexuales tienen determinadas particularidades que justifican sean descritas en un apartado independiente. Las definiciones de estos casos se encuentran recogidas en las páginas 19 y 20.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro de la pareja. Es en estos casos cuando la violencia sexual suele permanecer oculta, y resulta difícil detectarla.

El personal sanitario de Atención Primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual, y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de una felación forzada, es importante en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital. Cuando la atención se preste lejos de un hospital (centro rural) la mujer puede exigir lavarse la boca. En ese caso, puede hacerse toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras) y posteriormente recogida del enjuague bucal con suero fisiológico en tubo estéril para análisis. Si se hace este procedimiento debe realizarse ante un testigo y luego proceder al cierre seguro del tubo y rotulación, asegurando la custodia de las muestras por el profesional hasta la entrega al forense.

Es necesario propiciar un trato comprensivo hacia la mujer, creando un ambiente que facilite la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible, debiendo recoger la información con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, no forzando a la mujer a responder si no lo desea. Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza.

Es preciso informar a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea necesario.

En esta cuestión resulta evidente que deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que sufra la mujer tras la agresión. Por eso no sólo está justificado, sino que es recomendable, que la evaluación ginecológica y la médico forense se realicen en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se

precisen nuevos reconocimientos. Por ello, y por no existir impedimento legal ni ético –más bien al contrario– para que los reconocimientos en casos de agresiones sexuales se realicen de manera simultánea y coordinada, es necesaria la comunicación inmediata a través del teléfono con el Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico forense ó encomendará al médico de guardia la recogida de muestras de interés legal*.

A continuación, se reflejan las actuaciones generales dependientes de cada profesional en estos casos:

Actuaciones desde la medicina clínica:

- Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales.
- Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo.
- Valoración del estado general físico y psíquico.
- Exploración física.
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual. Puede ser necesaria la toma de muestras de la cavidad anal o bucal en función del tipo de agresión sufrida.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Asistencia psicológica.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida la profilaxis post-exposición frente al VIH.
- Profilaxis del embarazo.
- Emisión del parte de lesiones.
- Información a la mujer de los recursos existentes.

* Para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal ó querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz ó una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal). Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

Actuaciones desde la medicina forense:

- Toma de muestras de interés legal.
- Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones).
- Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado.

En las siguientes tablas se describen detalladamente las actuaciones a realizar en los casos de agresiones sexuales desde los servicios de Urgencias:

Tabla 11. Actuación sanitaria en caso de agresiones sexuales

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

- Puede servir como prueba importante en el proceso judicial.
- Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.).
- Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc.
- Antecedentes de violencia, si los hubiera.
- Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última menstruación, método anti-conceptivo, última relación sexual.

EXPLORACIÓN GENERAL

- Examen de la superficie corporal:
 - La mujer deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos, etc.) que pueda tener.
 - La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la mujer: de pie primero o decúbito en la camilla.
 - Describir el tipo de lesiones: aspecto, forma, color. Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer.

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

- **Exploración ginecológica:**
 - La Inspección vulvo-vaginal se realizará estando la mujer en la camilla ginecológica: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso, la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones coitales, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
 - No utilizar un material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado general de la víctima; ya que puede existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.
 - Tacto bimanual-ecográfico: NO se aconseja de manera sistemática salvo movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal o imposibilidad de exploración vaginal).

Tabla 11. (Continuación)

• **Toma de muestras⁴:**

- La toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos y debe realizarse lo más pronto posible. La mujer debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras la agresión.
- Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer y dirigido a Medicina Forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por el Médico Forense, asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.

• **Muestras de interés legal:⁵**

- SEMEN:
 - Tomas vaginal, anal o bucal con hisopos secos y estériles para investigación de esperma y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerado (4-8°C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.
 - Lavado vaginal, anal o bucal, con 10cc. de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.
 - Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.
 - Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.
- UÑAS:
 - Recortes de uñas (posibilidad de encontrar piel del agresor), se puede realizar durante la exploración general, se debe envasar cada uña independientemente indicando en cada envase a qué dedo y qué mano corresponde.
- PELO PUBIANO:
 - Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor). Se puede realizar mediante un cepillo ginecológico, antes de comenzar la exploración ginecológica.
- SANGRE (mediante ANALÍTICA):
 - Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente, para contrastar los resultados, descartar que los grupos sanguíneos Y ADN pertenecen al agresor.

⁽⁴⁾ El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en varias provincias y Comunidades Autónomas un «Kit» de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas...). Además de este instrumental, contiene también una serie de elementos que contribuyen a mejorar el entorno en el que se ha de practicar el reconocimiento, dotándolo de una intimidad y dignidad que en estos casos es muy necesaria para tratar de reducir el riesgo de victimización secundaria.

⁽⁵⁾ Se aconseja seguir la sistemática para la toma de muestras prevista en el orden jus/1291/2010, de 13 de mayo, en la que se aprobaron las normas para la preparación y remisión de muestras.

Tabla 11. (Continuación)

- Estudio de Infecciones de transmisión sexual: VIH, Hepatitis B y C, Sífilis.
- Prueba de tóxicos.
- ORINA:
Prueba de embarazo.
- EXUDADO:
 - Cultivo para detección de gonorrea, clamidias, monilias y tricomonas.
 - Frotis citológico: No aporta nada al diagnóstico de infecciones vaginales si se hacen los cultivos adecuados.

La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por el Médico Forense, asegurar la **cadena de custodia** para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

- **Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:**
 - Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.
 - Traumatismos psicológicos: Las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda. Es importante derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología o a Equipos de Atención psicológica a víctimas de agresiones sexuales.
- **Prevención de infecciones de transmisión sexual:**
 - Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.
 - La necesidad de profilaxis post-exposición frente al VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor tiene infección por el VIH, padece otras infecciones de transmisión sexual y el riesgo es aún más elevado si la violación es múltiple o repetida y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las *Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños*.
 - La necesidad de profilaxis frente al virus de Hepatitis B se valorará individualmente.
- **Profilaxis del embarazo:**
 - En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis.
 - Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72h desde la agresión.
 - Si han transcurrido entre 72 hs. y menos de 5 días de la agresión el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU).
 - Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
 - Informar a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción.

INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

- **Informar** a la mujer sobre:
 - La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.
 - Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.
 - Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección.

Tabla 11. (Continuación)

- Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito) para la atención a las mujeres que sufren violencia de género, según estén organizados en su CCAA o provincia.

- **Derivación:**

- Es importante la derivación y coordinación con atención primaria y trabajo social, asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organización y recursos propios de su CCAA o provincia.

RECOMENDACIONES

- No mantener relaciones sexuales coitales hasta siguiente valoración.
- Seguimiento adecuado de todo el proceso de atención integral a su salud.

NOTIFICACIÓN AL JUZGADO

- Emitir el parte de lesiones e informe médico al juzgado de guardia*.
(* En el informe médico han de recogerse los resultados de todas las pruebas médicas realizadas y recomendadas en este protocolo.

Actuación sanitaria con hombres que ejercen violencia contra las mujeres

Las competencias de intervención y tratamiento de los hombres condenados por violencia de género corresponden al Ministerio de Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (excepto en la Comunidad Autónoma de Cataluña), todo ello sin perjuicio de los programas desarrollados por algunas Comunidades Autónomas en su territorio.

Las actuaciones sanitarias que procede realizar desde atención primaria son:

- Las que tienen que ver con las necesidades de atención como usuario, derivadas de su estado de salud.
- En aquellos casos en los que él mismo –como paciente– solicitara ayuda a los servicios sanitarios para modificar su conducta violenta, se le ofrecerá información sobre los recursos y programas disponibles en su comunidad autónoma. El personal de trabajo social del sistema sanitario le podrá ofrecer información más detallada y ampliada.

En el caso en el que la mujer que sufre maltrato solicitara del personal sanitario la ayuda para su pareja o expareja, se actuaría como en el caso anterior ofreciéndole información sobre los recursos disponibles al respecto en el ámbito de su comunidad autónoma.

Aspectos éticos y legales

Ante una situación de maltrato a la mujer, nos enfrentamos a un **problema de salud pública con repercusiones jurídicas**, tanto para ella y sus hijas e hijos, como para el personal sanitario, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones.

Hay mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

1. Aspectos legales

1.1. Obligaciones del personal sanitario

En la **Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres *«por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia»* **tiene la consideración de delito** en los términos previstos en el Código Penal.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

La **Ley de Enjuiciamiento Criminal** señala en su artículo 262:

«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante».

El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina:

«Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado».

También el **Real Decreto 1030/2006** por el que se establece la **Cartera de Servicios** comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3. y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del per-

sonal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género⁶.

En caso de sospecha de **maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja**, se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico. **La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas** dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune.

En la Ley Orgánica estatal se articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.

A su vez, la mayoría de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias legislaciones en materia de violencia de género (ver Anexo I).

En nuestro ámbito de salud, **otras formas y manifestaciones de la violencia contra las mujeres pueden llegar a la consulta sanitaria**, como la mutilación genital femenina, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual en el ámbito laboral, que si bien son consideradas delito en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentran **reguladas en el Código Penal y en La Ley de Enjuiciamiento Criminal**.

En el caso de otras situaciones de violencia hacia la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el parte de lesiones, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se enviará también al juzgado de guardia.

1.2. Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género

En su Título II, la Ley Orgánica 1/2004 reconoce los siguientes **derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género** infringida por sus conyu-

⁽⁶⁾ *Cartera de servicios comunes de atención primaria*

6.6.3. *Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales»*

Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia.

2.8. *La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.*

ges o ex cónyuges de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, **a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo:**

- Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos.
- Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral.
- Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores.

Desde el sistema sanitario debemos asegurarnos que las mujeres van a disponer de la información relativa a sus derechos, en formato accesible y comprensible, con traducción al lenguaje de signos, en su caso, o en las diferentes lenguas para mujeres procedentes de otros países.

En cuanto a la atención de las hijas e hijos de las mujeres en situaciones de violencia de género, es necesario tener en cuenta en las actuaciones sanitarias la **Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Asimismo, es importante conocer que la **Ley Orgánica 10/2011**, de 27 de julio, modifica los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre **Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social**, y contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

2. Principios éticos que deben guiar la actuación profesional

En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, al igual que en cualquier intervención sanitaria, las y los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente** y en todos los códigos deontológicos profesionales. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos.

2.1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones en los casos necesarios, tal como se indica en los procesos de actuación que contempla este Protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

2.2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

En caso de que ella manifieste su deseo de que no se emita el parte de lesiones, si no se indagan las razones de su negativa, ni se exploran cuáles son sus miedos, sus necesidades, etc., se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia.

Cuando se sospeche que de la emisión del parte de lesiones puede derivar un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad para su integridad.

Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria.

Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral para que las exploraciones y pruebas se realicen en un solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales, intentando no someter a la mujer a una doble victimización.

En la intervención sanitaria con hijas e hijos de mujeres en situaciones de violencia de género, los profesionales sanitarios del sistema sanitario público pueden ser requeridos como testigos o como peritos en relación a la detección, consecuencias para la salud o circunstancias sanitarias del caso. Al respecto conviene conocer que no procedería peritar como expertos en salud sobre la existencia del llamado Síndrome de Alienación Parental (SAP), puesto que no es aceptado por la comunidad científica como entidad clínica.⁽⁷⁾

2.3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

⁽⁷⁾ Más información detallada en el III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2010.

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador.

El compromiso de confidencialidad implica:

- **El registro confidencial de la información.** Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (por ejemplo: garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).
- **Preservar la privacidad de los datos personales** que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería, el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo a los hijos e hijas mayores de 14 años.
- Garantizar un **ambiente de intimidad** durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.
- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.
- En caso de emitir un parte de lesiones, no adjuntar nunca la historia clínica y recoger en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato, siendo conscientes de que si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida.

2.4. Respetar la autonomía de la mujer

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad.

Por otra parte, no podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho de las mujeres reconocida en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente.

También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

3. Dilemas éticos

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Esto ocurre especialmente **cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar**, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y la ley obliga y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad.

Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer sitúa a los y las profesionales ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la **confidencialidad no es una obligación absoluta** y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial. Existe deber general de denuncia previsto en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley (ante el juez de guardia o el Ministerio Fiscal): *«Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.»*

No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la LO 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación

con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.CR.)

Teniendo en cuenta que cada caso es singular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, se recomienda seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes.

El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio fiscal.

Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos.

Algunos/as profesionales pueden tener temor a las represalias del supuesto agresor tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (cibercoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación.

En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos, como por ejemplo prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor (Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales).⁽⁸⁾

3.1. El apoyo de la Fiscalía

Según establece la Ley de Enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

La comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en aquellos casos en que no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones, la mujer no reconoce el maltrato o se

⁽⁸⁾ Para ello es necesario que, una vez apreciada la existencia de un peligro grave para la persona, libertad o bienes de quien pretenda ampararse en las disposiciones de esta Ley, el/la Juez/a instructor/a acuerde motivadamente, de oficio o a instancia de parte, cuando lo estime necesario en atención al grado de riesgo o peligro, las medidas necesarias para preservar la identidad de los testigos y peritos, su domicilio, profesión y lugar de trabajo.

niega a denunciar y el personal sanitario tenga sospechas de un caso de violencia de género, pero no certeza suficiente como para emitir un parte de lesiones.

A continuación se presenta un modelo tipo con datos básicos que podría contener la comunicación a la Fiscalía:

Modelo de Comunicación a Fiscalía

ASUNTO: POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO
Nombre:
Centro sanitario:
Número de colegiado/a:

DATOS PERSONALES DE LA MUJER
Nombre:
Domicilio:
Teléfono de contacto:

RELACIÓN DE DATOS EN QUE SE FUNDA LA POSIBLE EXISTENCIA DE UN SUPUESTO CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

DOCUMENTACIÓN QUE SE REMITE:

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el artículo 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuna la incoación de diligencias de comprobación.

Firmado en _____, a ___ de ___ de _____

Parte de lesiones e informe médico

1. Función y finalidad del parte de lesiones

El parte de lesiones es un **documento sanitario** mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de un delito, pero **no es una denuncia**.

La importancia de la emisión del parte de lesiones radica en que, a veces, es el único instrumento con el que cuentan los juzgados, la única prueba de un posible delito, ya que hay lesiones que con el tiempo desaparecen. Servirá también para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección.

2. Recomendaciones para la cumplimentación del parte de lesiones

El parte de lesiones e informe médico deberán ser cumplimentados por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia.

Es importante **tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación**. En caso de que el modelo de parte de lesiones todavía no esté informatizado, se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación). En ocasiones, la ilegibilidad de los partes impide conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia, de la gravedad de la agresión. Ello dificulta la posterior evaluación pericial por parte del médico/a forense y también la valoración por parte del juez/a. Es recomendable conocer bien el Parte de Lesiones y, como ante cualquier otra intervención sanitaria, adiestrarse en su cumplimentación antes de que se presente algún caso y no rellenar de forma irreflexiva y casi automática la información que se solicita.

Es necesario **cuidar el lenguaje que utilizamos en el parte de lesiones**. No deben usarse los términos víctima ni agresor, sino paciente y presunto

agresor. Sí es muy importante detallar el parentesco del presunto agresor con la mujer, porque el proceso judicial que se desencadene no será el mismo. Identificar los casos de violencia de género dentro del ámbito competencial de la Ley Orgánica 1/2004, facilita que el Decanato de los juzgados tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa a un juzgado con competencias en violencia de género. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado sin competencias en esta materia, que tendría que inhibirse, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

Es relevante reflejar los antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con el maltrato con el fin de dar la visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de maltrato habitual, relacionando los datos recogidos con la Historia Clínica. **La historia clínica no debe ser adjuntada con el parte de lesiones** en el momento de su remisión inicial al Juzgado de Guardia. Toda la documentación que llega al juzgado, incluida la información clínica, va a ser incorporada al expediente judicial y conocida también por la parte demandada, por la Fiscalía y el personal funcionario. Se debe considerar por tanto la conveniencia de reservar información clínica particularmente sensible para el momento en que el juzgado solicite más información de antecedentes de la Historia Clínica que considere relevantes para la instrucción del caso.

En caso de que sea el juzgado quien reclame la Historia Clínica, hay obligación de remitirla, sin embargo desde el punto de vista ético, el o la profesional pueden hacer notar al juzgado que hay información que trasciende lo necesario y solicitarle que le explicita qué parte o aspectos de la Historia Clínica le interesa conocer. Si el personal médico remite más información de la necesaria, puede tener responsabilidad judicial en caso de ser demandado por vulnerar la ley de protección de datos.

El modelo de parte de lesiones e informe médico, estará disponible en todos los centros sanitarios. Una vez confeccionado, se entregará un ejemplar:

- A la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia). En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza.
- Al Juzgado de Guardia por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax o en formato electrónico (hay CCAA que ya tienen informatizado su envío o que lo están haciendo). Asimismo, en algunos municipios que disponen de protocolos de coordinación interinstitucional, es la policía local la que se encarga del traslado del parte de lesiones, así como del acompañamiento de las mujeres en caso de que formulen denuncia.

- Se archivará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió, por lo que es muy importante la confidencialidad de los datos (especial cuidado en los partes interconsulta). La responsabilidad de la custodia de la historia en cualquiera de sus formatos le corresponde a la institución sanitaria responsable (Hospital, Centro de Salud, Gerencia de Atención Primaria, etc.).

Es importante recordar que legalmente, y en caso necesario, cualquier profesional puede redactar la comunicación o parte de lesiones en un folio, firmarlo, poner su número de colegiado y es suficiente. Sin embargo, cualquier modelo de documento normalizado siempre es un instrumento que facilita, simplifica y promueve la equidad.

Con relación al parte de lesiones e informe médico que le acompaña, en las páginas siguientes se ofrecen orientaciones acerca de los datos que es conveniente cumplimentar, independientemente del formato que tenga establecido cada CCAA en su territorio.

Modelo de parte de lesiones e informe médico⁹

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:

- ✓ Relación de parentesco/vínculo con la mujer (pareja - ex pareja - padre - hijo - hermano - desconocido):
- ✓ Nombre y apellidos:
- ✓ Dirección y/o teléfono:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA MUJER:

- ✓ Nombre y Apellidos:
- ✓ DNI/NIE/PASAPORTE:
- ✓ Fecha de nacimiento, Edad:
- ✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- ✓ Estado Civil:
- ✓ Dirección, Municipio (código postal):
- ✓ Teléfono:

OTROS DATOS RELATIVOS A LA MUJER

- ✓ Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:
- ✓ Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades:
- ✓ Si tiene personas dependientes a su cargo:

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

- ✓ Centro Sanitario:
- ✓ Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:

⁽⁹⁾ Aunque el parte de lesiones e informe médico pueden tener diferentes formatos y soportes, es necesario que recojan al menos esta información.

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:

- ✓ Tipo de violencia ejercida:
- ✓ Uso de objetos en la agresión:
- ✓ Estado psíquico y emocional: (*Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer*). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.
- ✓ Lesiones físicas que presenta: Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data ó posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (*preferiblemente en color*) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.
- ✓ Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

OTROS DATOS CLÍNICOS

- ✓ Pruebas complementarias realizadas:
- ✓ Medidas terapéuticas (*incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.*):
- ✓ Pronóstico clínico:

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecorriendo, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer.

Además, se recogerán:

- ✓ Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente:
- ✓ Fecha /hora de la atención:
- ✓ Origen que refiere la mujer acerca de las lesiones: Física, psíquica, sexual:
- ✓ Sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la mujer:

ANTECEDENTES

- ✓ Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación):
- ✓ Agresión puntual, primera vez ó reiteración de malos tratos:
- ✓ Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuando y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
- ✓ Otras personas que ha sufrido malos tratos en el mismo incidente ó en otras ocasiones (*Si la mujer tiene hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente*)
- ✓ Testigos: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo:

PLAN DE ACTUACIÓN

En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

OTROS DATOS

Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:

- ✓ Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuando.
- ✓ Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer.
- ✓ Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

OBSERVACIONES

En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto.

Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones.

Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).

Es conveniente disponer de VARIOS EJEMPLARES: para la persona interesada / Juzgado / Centro Sanitario (y/o historia clínica) y/o registro central sanitario.

3. Itinerario que sigue el parte de lesiones

Una vez cumplimentado el Parte de Lesiones, debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Su envío no se puede demorar. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del Parte de Lesiones, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (médico/a, personal administrativo, enfermería, etc.) y a través de qué medio debe ser remitido (fax, correo electrónico, correo postal, policía).

El envío del parte de lesiones a la autoridad judicial supone, generalmente, su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados¹¹. Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad).

En el Decanato se determinará cual será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido

⁽¹¹⁾ Decanato: Órgano, dentro de la oficina del partido judicial correspondiente que, entre otras cosas, se encarga del reparto de los asuntos entre los distintos Juzgados a él adscritos.

judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por la Junta de Jueces de cada partido judicial.

Recibido el parte de lesiones, el/la juez/a ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.

En el caso de que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia, siempre que concurran los presupuestos para su aplicación, convocará a una audiencia urgente a la víctima, al solicitante (si fuera distinto de la víctima), al agresor, asistido de abogado y al Ministerio Fiscal. Esta audiencia se celebrará en un plazo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud. Celebrada esta audiencia, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.

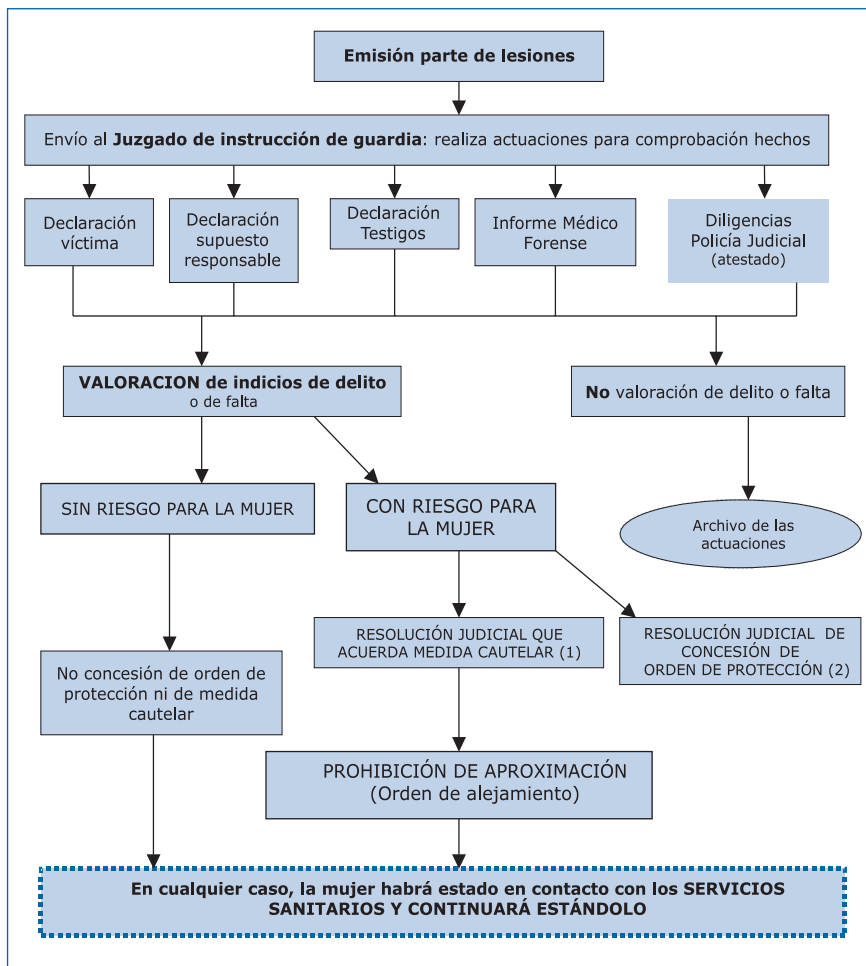
ES IMPORTANTE RESALTAR QUE:

- El parte de lesiones, y/o en su caso, el informe médico que se adjunte al mismo, debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.

SIEMPRE SE DEBE INFORMAR A LA MUJER DE:

- Los pasos que sigue el parte de lesiones y las consecuencias que se derivan del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un período máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el presunto agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de Violencia de Género y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.
- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia.

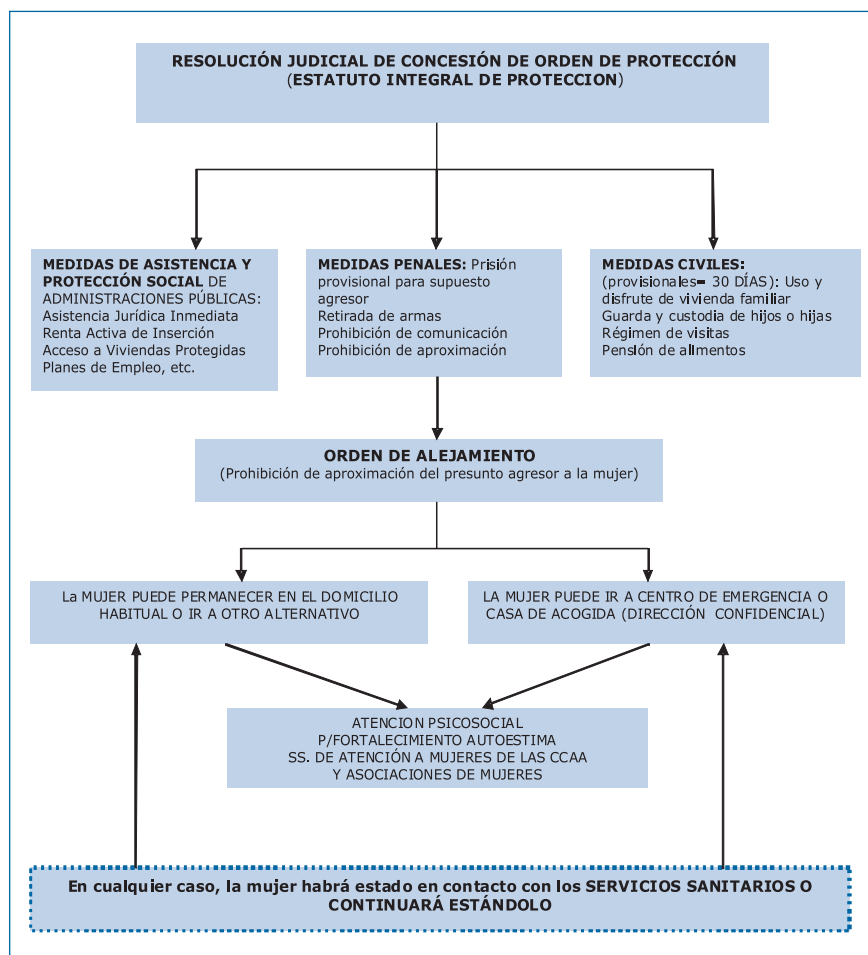
A continuación se presentan dos esquemas en los que se describen las diferentes posibilidades derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario. Estas medidas adoptadas en el ámbito judicial tendrán repercusiones en diferentes grados en la vida cotidiana de las mujeres y sus hijas e hijos. Es importante conocerlas ya que las mujeres continuarán manteniendo relación con el ámbito sanitario, ya sea el habitual u otro alternativo a causa de un traslado de domicilio.



(1) A veces, la resolución judicial que acuerda una medida cautelar permite el acceso a algunas medidas de asistencia y protección social establecidas por las Administraciones Públicas.

(2) Con carácter general, además de la Orden de Protección, se admite como título acreditativo como víctima de VG y para acceder a los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, el informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género.

A continuación se detallan las medidas derivadas de la concesión de una Orden de Protección:



Guía de Recursos

La Ley Orgánica 1/2004 en su Título II reconoce a todas las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijas e hijos, con independencia de cualquier condición o circunstancia personal, el derecho a recibir información, asesoramiento, atención de emergencia, de apoyo, de acogida y recuperación integral a través de los servicios, organismos u oficinas de las Administraciones Públicas.

Como se ha señalado repetidamente a lo largo del protocolo, **la coordinación y colaboración intersectorial** (recursos sociales, laborales, de igualdad de oportunidades, jurídicos, policiales, etc.) es esencial en la atención a las mujeres que sufren malos tratos. En muchas Comunidades Autónomas se han elaborado protocolos para la actuación coordinada y la colaboración entre los servicios sanitarios, los Cuerpos de Seguridad, los Juzgados y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica y atención integral a las mujeres.

Es importante que cada profesional tenga a su alcance información acerca de los protocolos, los recursos y servicios específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal y sus características, con el fin de orientar adecuadamente a la mujer en su utilización y derivación.

No existe un perfil concreto de mujer víctima de violencia de género, la situación psicosocial de cada mujer es singular y tiene unas necesidades diferentes, tampoco existe un itinerario-tipo a través de los recursos disponibles. En todos los casos, se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, adaptándose a las necesidades personales y los tiempos que cada mujer necesite teniendo en cuenta, además, las situaciones de especial vulnerabilidad. Corresponderá a cada profesional decidir qué recurso es más apropiado en cada momento, para lo cual es muy importante contar con un equipo interdisciplinario.

Es importante que el personal sanitario tenga presente que no está solo y que en sus intervenciones en situaciones de violencia de género debe contar con otros profesionales, disponibles tanto en los equipos de atención primaria como en la atención hospitalaria.

En este sentido, en el sistema público de salud, las y los **profesionales de trabajo social del centro sanitario** representan una figura de enlace esencial en el proceso de atención psicosocial, y pueden participar en el seguimiento y derivación de los casos que requieran otros dispositivos y/o recursos, con los profesionales sanitarios que tienen la responsabilidad de la atención en salud a la mujer en situación de violencia de género.

Es fundamental tener en cuenta también que la derivación a un recurso no debe ser considerada como el fin de la actuación, y que el seguimiento de las mujeres en la consulta es esencial. Se recomienda, en todo caso, seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes.

Este apartado del Protocolo pretende ofrecer un **inventario básico** de diferentes recursos que integran los circuitos de intervención y apoyo a la mujer que sufre violencia de género y sus hijas e hijos. Se detallan únicamente los recursos a nivel nacional. Cada Comunidad Autónoma adecuará esta información a su realidad territorial y poblacional, incluyendo el ámbito provincial y municipal, información que deberán facilitar a cada profesional de los servicios sanitarios como herramienta de apoyo fundamental en la calidad de su atención.

Recursos de Ámbito Estatal

1. Servicios de Información Telefónica: servicios gratuitos disponibles las 24 horas:

- ✓ **016** – Servicio de información y de asesoramiento jurídico, telefónico y on line, a las mujeres víctimas de violencia de género. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.
- ✓ **900 116 016** - Servicio de información y de asesoramiento jurídico sobre violencia de género para personas con discapacidad auditiva y/o del habla. Acceso a través de los siguientes medios: Teléfono de texto (DTS); Teléfono móvil (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE); PDA (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE). Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- ✓ **900 191 010**- Servicio de información del Instituto de la Mujer.
- ✓ **900.152.152** – Servicio de información del Instituto de la Mujer Especializado en la atención a mujeres con discapacidad auditiva y/o del habla:
 - A través del Móvil: es necesario que el teléfono desde el que se llama tenga dispositivo DTS.
 - A través de Internet: conexión con la página web Telesor a través de ordenador o de móvil.
- ✓ **112** - Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias.
- ✓ **091** - Policía Nacional.
- ✓ **062** - Guardia Civil.

2. Páginas WEB:

- **Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm

Enlace a diferentes documentos de Interés para profesionales del Sistema Nacional de Salud (protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS, indicadores epidemiológicos, criterios de calidad de la formación, objetivos, contenidos y materiales educativos, Informes anuales de Violencia de Género del SNS, enlaces a otros organismos europeos e internacionales, etc.).

- **Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Apartado violencia de género). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:**

<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>

- **Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (W.R.A.P.) . Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**

<http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>

A través de este enlace, se puede acceder directamente a la web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género con modalidad Google Maps, que agiliza la búsqueda de recursos (policiales, judiciales, información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género.

- **Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial.**

http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Guia_y_Protocolos_de_actuacion

Recursos de Ámbito Autonómico

A continuación se presenta un listado genérico de recursos para que las distintas Comunidades Autónomas indiquen las direcciones y teléfonos de cada uno de ellos. Deben distinguirse los recursos en casos de urgencias de los recursos en casos de no urgencias.

1. Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias en la C.A.

2. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, integradas por Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, Policía Autonómica y Policía Local.

– Entre sus funciones se cuentan:

- Información.
- Recepción de denuncias e investigación de los delitos.
- Protección en caso de peligro, acompañando a poner la denuncia, al domicilio, al centro de salud o al centro de emergencia.
- Vigilancia del cumplimiento de las órdenes de protección y seguimiento del estado de las mismas.

2.1. Policía Nacional

- **SAF** - Servicio de Atención a la Familia: Atención directa a mujeres, menores y personas ancianas.
- **SAM** - Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional en las CCAA: Atención directa a víctimas de delitos sexuales. Información telefónica sobre denuncias de violencia.
- **GRUME** - Grupo de Menores **de la Policía Nacional**.
- **UPAP** - Unidades de Protección a las mujeres que disponen de orden de alejamiento.

2.2. Guardia Civil

- **EMUME** - Especialistas Mujer-Menores de la Guardia Civil en las CCAA.

2.3. Policía Local y Autonómica en su caso. Unidades especializadas en Violencia de Género y características de sus programas.

Especificar, en su caso, los servicios especializados para la atención a las Mujeres y Menores.

3. **Ámbito Legal y Judicial:** (Se deberán incluir direcciones y teléfonos)

- 3.1. **Instituciones** donde presentar la denuncia, la solicitud de Orden de Protección: Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local, Fiscalía, Juzgados, equipos psicosociales, Unidades de Valoración Forense.
- 3.2. Servicios de Atención a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual en los **Juzgados**.
- 3.3. Orientación y asesoramiento Jurídico.
- 3.4. Intérpretes de los Juzgados incluyendo Lengua de Signos.
- 3.5. Puntos de Encuentro.

4. Ámbito de atención psicosocial. Servicios de atención directa a las mujeres:

- 4.1. **Teléfono 900** de las CCAA (en caso de existir).
- 4.2. Organismos de Igualdad de las CCAA.
- 4.3. Concejalías de Mujer y Servicios Sociales de los **Ayuntamientos**. (acceso al Servicio telefónico ATENPRO). Información a Entidades Locales: atenpro@femp.es.
- 4.4. **Organizaciones de Mujeres**.
- 4.5. **Organizaciones de inmigrantes** (especialmente importante reflejar aquellas que atienden a inmigrantes cuya lengua no sea el castellano).
- 4.6. **Casas de acogida:** información en Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas y los Servicios Sociales de los Ayuntamientos (reflejar sólo esto, no indicar un listado), centros de día, pisos tutelados.

Si existieran programas específicos en materia de Violencia de Género, debieran reflejarse.

Cualquier otro recurso específico de las CCAA en esta materia.

5. **Material informativo:** Guías de recursos, folletos informativos destinados a que las mujeres conozcan sus derechos y los recursos con los que cuentan, disponibles también en diferentes lenguas, por lo que es importante tenerlos de forma accesible en las consultas.

Glosario de Términos

- **Algoritmo de actuación:** Conjunto ordenado y finito de actuaciones, que pueden presentarse gráficamente, ante un problema o circunstancia determinada.
- **Cribado:** Programa epidemiológico orientado a detectar en una población determinada y asintomática, un problema de salud grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de morbi-mortalidad asociada mediante una intervención eficaz o curativa.
- **Detección precoz:** Identificación en una población determinada y asintomática, un problema de salud grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de morbi-mortalidad asociada mediante una intervención eficaz o curativa.
- **Escucha activa:** Escuchar con atención e interés, sin juicios de valor. Implica la comunicación verbal y no verbal, a través de la que hacemos saber a la otra persona que comprendemos y acogemos lo que desea transmitirnos, tanto el contenido como sus sentimientos. Por medio de la escucha activa creamos un ambiente de confianza, calidez y seguridad, lo que facilita a la otra persona la comunicación, pero sin fundirnos con sus problemas y sus afectos. La escucha activa es una capacidad que se puede aprender y desarrollar.
- **Género:** El género se refiere a las diferencias no biológicas entre hombres y mujeres, que han sido construidas socialmente a través de la socialización y la cultura, y que a lo largo de la historia asignaron diferentes características, roles, derechos, responsabilidades y poder, tanto a hombres como a mujeres. El género es una herramienta de análisis que permite visibilizar las desigualdades y diferencias así como el impacto que las políticas públicas ejercen sobre la vida cotidiana de mujeres y hombres.
- **Informe médico:** Consiste en la descripción y valoración por escrito que hace el personal facultativo de las lesiones encontradas.
- **Maltrato:** Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de las necesidades básicas de ésta, e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos y sexuales hacia menores, personas mayores o personas dependientes (aquellas que por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica están en situación de dependencia de los demás).

- **Parte de lesiones:** Documento médico-legal de notificación obligatoria al juzgado competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de delito. Constituye uno de los puntos de partida de diligencias previas o de sumario penal por lesiones o muerte.
- **Prevención primaria:** Desde el ámbito sanitario, la prevención primaria en violencia de género implica la realización de intervenciones y actividades de salud comunitaria, tanto a nivel individual como grupal, que promuevan valores igualitarios, que enseñen a reconocer y diferenciar el mal trato del buen trato.
- **Prevención secundaria:** Desde el ámbito sanitario, la prevención secundaria en violencia de género implica la detección, tanto a nivel individual como grupal, el trabajo interdisciplinario e intersectorial, la derivación asistida y la realización de grupos específicos con mujeres en relaciones de violencia de género.
- **Prevención terciaria:** Desde el ámbito sanitario, la prevención terciaria en violencia de género implica la atención integral de calidad para que las mujeres puedan elaborar un proyecto de vida satisfactorio restaurando de esta manera la capacidad de establecer relaciones saludables y recuperar su autoestima.
- **Resiliencia:** La capacidad humana para resurgir de la adversidad a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves, para adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- **Victimización secundaria:** Situación de «maltrato» a que es sometida una víctima de violencia de género a consecuencia de intervenciones profesionales e institucionales inadecuadas, imprudentes o dolosas. La mujer maltratada es, en ocasiones, responsabilizada y culpabilizada, obligada a revivir situaciones traumáticas, cuestionada su credibilidad, y en casos de violencia sexual incluso puede ser acusada de provocar y causar la agresión. Todo ello provoca un doble sufrimiento, generando mayores secuelas que la primaria porque es el propio sistema el que victimiza, ocasionando la pérdida de confianza en las instituciones.
- **Violencia de género:** Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia de género se produce como consecuencia de la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio

para resolver conflictos. Otras manifestaciones de la violencia de género además de la violencia física, sexual y psicológica, son:

- **Violencia económica:** Control de los recursos económicos impidiendo que la mujer participe en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto, controlar el dinero, obligar a la mujer a rendir cuentas de los gastos, a pedir permiso para gastar, negar el acceso a la información sobre el patrimonio común, negación a acceder al dinero o entregar cantidades insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares.
- **Violencia ambiental:** Acciones violentas dirigidas al entorno, con la finalidad de intimidar a la mujer, tales como romper y golpear objetos, destrozarse enseres y objetos con especial valor para la mujer, maltratar a los animales domésticos, etc.
- **Violencia simbólica:** Se ejerce a través de la representación de las mujeres en el arte, la imagen, los medios de comunicación, el lenguaje, la cultura, la ciencia, como seres nimios, subordinados y como objetos sexuales. También la invisibilización de las mujeres es una forma de violencia simbólica.
- **Violencia social:** Humillaciones, descalificaciones, burlas en público hacia la mujer, muestras de descortesía en su círculo social y familiar, conductas de seducción hacia otras mujeres en presencia de la pareja.

Bibliografía

- Aguar-Fernandez, M; Delgado-Sanchez, A, Castellano-Arroyo, M; Luna del Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria* 2006; 37:241-2.
- Aguilar, D. Niños y niñas expuestos a violencia de género: una forma de maltrato infantil. Madrid: Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas, 2005. [Disponible en: <http://www.malostratos.org>]
- Alberdi, Inés; Matas, Natalia. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa, 2000. [Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/a88e677e1f5b5210VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/es10_esp.pdf].
- Alonso, M; Bedoya, JM; Cayuela, A; Dorado, M; Gómez, M; Hidalgo, D.: Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 2004; 47:511-20.
- Aretio, Antonia. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2007, Vol. 21(4):273-7.
- Aretio, Antonia. La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios. En: IX Congreso Estatal de Trabajo Social; 6-8 de mayo, 2009; Zaragoza.
- Arkansas commission on child abuse, rape and domestic violence. Healthcare Protocol Manual for Sexual Assault. [Disponible en: http://www.accardv.uams.edu/sexual_assault_manual.pdf]
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. [Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>]
- Asensi Pérez, Laura Fátima. Revista electrónica de psicología científica. Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Psicojurix - Psicólogos Jurídicos y Forenses*. Alicante. [Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-236-1-violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos.html>].
- Atenciano, B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*. 2009; 20, 3: 261-272.
- Blanco Prieto, Pilar; Ruiz-Jarabo, Consuelo, editoras. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2002.
- Centre for Children & Families in the Justice System. Children Exposed to Domestic Violence. An Early Childhood Educator's Handbook to Increase Understanding and Improve Community Responses, 2002.
- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Estadísticas de Femicidio. [Disponible FT en: <http://www.gva.es/violencia/>]
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos: plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 2000.
- Czalbowski, Sofía. Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género. En: Pérez Viejo, Jesús M. y Escobar Cirujano, Ana (Coords). *Perspectivas de la Violencia de Género*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2011

- Daly, Mary. *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Nova. Oslo 2007.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Colección contra la Violencia de Género. Títulos publicados:
1. I Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007. Anexo: Sistema de Indicadores y variables sobre violencia de género sobre el que construir la base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.
 2. Hombres y Violencia de Género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Autor: Luis Bonino, 2009.
 3. II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2009.
 4. El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008). Autoría: Consejo de Europa.
 5. Análisis de la Legislación Autonómica sobre Violencia de Género. Autoría: Rafael Cabrera Mercado y María José Carazo Liébana. 2010.
 6. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado español.
 7. III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010.
 8. Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia.
 9. Las cuestiones de género son importantes.
 10. Actitudes de la población ante la violencia de género.
 11. Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad. Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales.
 12. Análisis de medidas para mejorar la protección policial y judicial de las víctimas de género.
 13. Poblaciones mercancía: Tráfico y trata de mujeres en España.
- Delgado, A; Aguar, M; Castellano, M; Luna del Castillo, JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención Primaria*. 2006, 38(2):82-9.
- Denver Interagency. *Child Abuse and Child Sexual Abuse Protocol*. Denver Department of Human Services. [Disponible en: <http://www.cdph.state.co.us/ps/cctf/canmanual/DenverCANProtocols.pdf>]
- E-leuis. Índice epidémico mensual. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en España [Disponible en: <http://e-mujeres.net/violenciagenero>]
- Espinar Ruiz, Eva. *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja sentimental*. Tesis doctoral. Departamento de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Alicante. 2003.
- Espinosa Bayal, Mª Angeles. *Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar*. *Anales de Psicología*. 2005; vol. 21, nº 1 (junio), 11-17, [Disponible en: www.um.es/analesps 1695-2294.]
- Esteban, Mª Luz. *Crítica del Pensamiento Amoroso*. Edicions Bellaterra, Barcelona, 2011.
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. *Buscador de documentos sobre Violencia contra las Mujeres*. [Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>]
- Fernández Alonso, M.C., Herrero Velazquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., García Campayo, J., Montón Franco, C., Redondo Granado, M.J., Tizón García, M.J. *Violencia en la pareja: papel del médico de familia*. *Atención Primaria*. 2003; 32, 425-33.

- Fernández Alonso, María del Carmen y Herrero Velázquez, Sonia. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.*, nº 12.
- Florez, I. Violencia doméstica: repercusión en los hijos. *Jornadas Científicas sobre la Salud Mental y la Dona.* Sociedad Científico-Médica de Baleares, 2003.
- Gail Hornor. Domestic Violence and Children. *J Pediatric Health Care.* 2005; vol 19, nº 4: 206-212
- García-Moreno, C. Dilemas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359:1509-1514.
- García-Moreno, C. International conference on 'the role of health professionals in addressing violence against women': an overview. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2002; 78(Suppl. 1):S1-S4.
- García-Moreno, Claudia. *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud.* Washington, D.C.: OPS, 2000.
- Guidelines for public child welfare agencies serving children and families experiencing domestic violence. National Association of Public Child Welfare Administrators An affiliate of the American Public Human Services Association. [Disponible en: <http://www.aphsa.org/policy/Doc/dvguidelines.pdf>]
- Gielen AC, Ghandour RM, Burke JG, Mahoney P, McDonnell KA, O'Campo P. HIV/AIDS and intimate partner violence: Intersecting women's health issues in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2007 Apr; 8(2):178-198.
- Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women & Health.* 1997;25(3):19-31
- Gielen AC, Fogarty L, O'Campo P, Anderson J, Keller J, Faden R. Women living with HIV: disclosure, violence and social support.. *J Urban Health.* 2000 Sep; 77(3):480-91.
- Gil-González, D; Vives-Cases, Carmen; Álvarez-Dardet, C; Latour-Pérez, J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *Eur J Public Health.* 2006; 16: 278-84.
- Golding, JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence.* 1999; 14: 99-132.
- Gruskin L, Gange S, Celentano D, Schuman P, Moore JS, Zierler S, et al. Incidence of Violence against HIV-infected and uninfected women: findings from the HIV Epidemiology Research (HER) Study. *J Urban Health.* 2002 Dec; 79(4):512-24.
- Heise, L; Ellsberg, M; Gottemoeller, M. Ending violence against women. *Population Reports, Series L, nº11.* Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; December 1999.
- Identifying and responding to domestic violence. Consensus Recommendations for child and adolescent. *Health Family Violence Prevention Fund (FVPPF),* 2002
- Jiménez Casado, C; Lorente Acosta, Miguel. *Violencia contra las mujeres, ámbito sanitario.* Sevilla; Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- Klein SJ, Tesoriero JM, Leung SJ, Heavner KK, Birkhead GS. Screening persons newly diagnosed with HIV/AIDS for risk of intimate partner violence: early progress in changing practice. *J Public Health Management Practice.* 2008; 14(5):420-28
- Krantz, G; García-Moreno, C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Oct;59(10):818-21.

- Krantz, G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:242-243.
- Krug, E; Dahlberg, L; Mercy, J; Zwi, A; Lozano, R, (Eds). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm]
- Larrión Zugasti, JL; de Paúl Ochotorena, J. Mujer, violencia y salud. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 620-24.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE de 28 de diciembre de 2004. [Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>]
- Lien Bragg, H. Child protection in families experiencing domestic violence. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau Office on Child Abuse and Neglect, 2003.
- Matud Aznar, P. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*. 2004;16:397-401.
- Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates. Barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ*. 2004;82(4):299-307
- Mental Health Services for Children Who Witness Domestic Violence. [Disponible en: http://www.thehealth.com/Practitioner/ceduc/dv_children.html]
- Migallón, Pilar Y Gálvez, Beatriz. Los grupos de mujeres. Madrid, Instituto de la Mujer, 2006.
- Millán Susinos, Raquel. Intervención Social con mujeres que viven una relación de violencia de su pareja. En: García-Mina Fraile, Ana (coordinadora). *Violencia contra las mujeres en la pareja*. Madrid: Universidad de Comillas, 2010.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área Igualdad. *Violencia de Género. Información Estadística* [Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home_2.htm]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. 2008 [Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf]
- Ministerio del Interior. Anuarios Estadísticos [Disponible FT en: <http://www.mir.es/sites/mir/otros/publicaciones/catalogo/unidad/secgenTecnica/periodicas.html>]
- Muslera-Canclini, Elvira; Natal, Carmen; García, Vicente et al. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. *Gac San*. 2009; 6(23): 558-561.
- New York State Department of Health. Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner Notification. [Disponible en: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/rfa/hiv/guide.htm>]

- Nogueiras García, Belén; Arrechdera, Angeles; Bonino, Luis. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004.
- O'Campo P. et al., Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review, *Social Science & Medicine* 72(2011), 855-866 doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.019
- Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
- Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS; 1998.
- Patrón Hernández, Rosa y Limiñana, Rosa M^a. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*. 2005; vol. 21, n^o 1 (junio): 11-17.
- Pérez Viejo, Jesús.M., Escobar Cirujano, Ana., editores. Perspectivas de la violencia de género. Madrid: Grupo 5, 2011.
- Plazaola Castaño, Juncal; Ruiz Pérez, Isabel, Escribá-Agüir, Vicenta; Jiménez Martín, JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. OSM, 2006. [Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf]
- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel. Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461-7.
- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel; Montero-Piñer, M. Isabel y Grupo de Estudios de Género. Apoyo Social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac San*. 2008; 6: 527-533.
- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel y Hernández-Torres, Elisa. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac San*. 2008; 5(22) 415-420.
- Ramsay, J; Richardson, J; Carter, YH; Davidson, LL; Feder, G. Should health professionals screen women for domestic violence?. *Systematic review. BMJ* 2002; 325(7359):314.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE de 16 de septiembre de 2006. [Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>]
- Relación víctimas de la violencia de género [Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>]
- Renés, V. y Corera, C. La exclusión social, nuevo rostro de la pobreza. Folletos n^o 3, Suplemento de la revista Cáritas n^o 145. Algunas claves de intervención para la incorporación sociolaboral de personas/colectivos desfavorecidos/os. *Seminariis*, n^o 1 Palma de Mallorca. Govern Balear. Conselleria de Treball i Formació, 1999.
- Romito, P; Molzan, TJ; De Marchi, M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Me*. 2005;60:1717-27.
- Ruiz-Jarabo Quemada, Consuelo y Blanco Prieto, Pilar (Directoras). La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
- Ruiz Pérez, Isabel, Plazaola Castaño, Juncal. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosom Med*. 2005;67:791-7.

- Ruiz Pérez, Isabel; Blanco-Prieto, Pilar; Vives-Cases, Carmen. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:4-12.
- Ruiz-Pérez, Isabel; Jiménez Rodrigo ML; Bermúdez Tamayo, C; Plazaola Castaño, Juncal. Catálogo de Instrumentos para Cribado y Frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. OSM, 2006. [Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf]
- Ruiz Pérez, Isabel; Plazaola Castaño, Juncal; Vives Cases, Carmen; Montero Piñar, M.Isabel; Escribá Agüir, Vicenta; Jimenez Gutierrez, Esther. Variabilidad Geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit.* 2010; v.24 n.2 Barcelona mar-abr.
- Safeguarding Children & Young People Affected by Domestic Abuse. Sheffield Inter-agency Protocol and Practice Guidance, 2006.
- Salvador Sánchez; Lydia; Rivas Vilas, María; Sánchez Ramón, Susana. Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias: Rev Soc Esp Med Urg Emer.* 2008; Vol 20, nº 5.
- Sánchez Castro, Sara; De la Fuente Aparicio, Diana; Salamanca Castro, Ana Belén; Robledo Martín, Juana. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *NURE Inv.* [Revista en Internet] 2010 Sep-oct.; 7(48).
- Save the Children. Manual de Atención a niños y niñas víctimas de la violencia de género en el ámbito familiar. 2008. [Disponible en: <http://www.savethechildren.es>]
- Siendones Castillo, R; Perea-Milla, E; Arjona JL, Aguera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opciones y barreras para la infra-detección. *Emergencias.* 2002;14:224-232.
- Stiles, Melissa M. Witnessing Domestic Violence: The Effect on children. *American Family Physician.* 2002, Dec, 1;66(11): 2052-2067. [Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2002/1201/p2052.html#afp20021201p2052-12>].
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. *Ann Fam Med.* 2004; 2:156-160.
- Vives-Cases, Carmen; Carrasco-Portiño, Mercedes y Alvarez-Dardet, Carlos. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac San.* 2007; (21) 4. 298-305.
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carlos; Carrasco-Portiño, Mercedes y Torrubiano-Dominguez, Jordi. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gac San.* 2007; 3(21)242-246.
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carlos; Torrubiano-Dominguez, Jordi y Gil-González, Diana. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gac San.* 2008; 3(22) 232-235.
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carlos; Gil-González, Diana et al. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac San.* 2009. 5(23). 410-414.
- Walker, Leonor. *The battered woman syndrome.* Springer, Nueva York; 1984.
- Wathen, CN; MacMillan, HL. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. *JAMA* 2003; 289(5):589-600.
- World Health Organization. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, Outcomes. A review paper. Geneva; WHO: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241590734.pdf>
- World Health Organisation (WHO). Multi-Country Study on Women's Health and Life Events. Department of Gender and Women's Health. Family and Community Health. Geneva, WHO, 2003.

World Health Organisation (WHO). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva, WHO, 2003.

Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzetter SA, Nakazono T, et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in Primary Care; Am J Pub Health. 2000 Feb; 90(2): 208-15.

Anexos

Anexo I. Legislación de las Comunidades Autónomas en materia de Violencia de Género

Cuadro actualizado tomado de Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género. Colección Contra la Violencia de Género. Documentos - N° 5. Delegación del Gobierno para la violencia de género. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.

Comunidad Autónoma	Legislaciones en materia de Violencia de Género	Concepto de Violencia de Género
Andalucía	Ley 13/2007, de 23 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.	La Violencia de Género comprende cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia—o que pueda tenerla— un perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada, con independencia de que el agresor guarde o no relación de pareja, afectiva o parentesco con la víctima.
Aragón	Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.	Se entiende por Violencia de Género todo acto o agresión contra las mismas, motivado por la pertenencia a dicho sexo de las víctimas, que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico o psicológico, así como las agresiones a su libertad e integridad sexuales, incluida la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que se realicen al amparo de una situación de debilidad, dependencia o proximidad física, psicológica, familiar, laboral o económica de la víctima frente al agresor, con independencia de la relación de éste guarde con ella. Incluye tráfico de mujeres, mutilación genital, derechos sexuales y reproductivos.
Asturias	Ley 2/2011 del Principado de Asturias para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género.	Igual concepto de violencia de género y ámbito de aplicación de la Ley Integral 1/2004.
Baleares	Ley 12/2006, de 20 de septiembre, para la Mujer. Dedicada el cap. VI a la violencia contra las mujeres.	La Violencia de Género comprende cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia—o que pueda tenerla— un perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad. Las medidas de la ley se refieren al maltrato doméstico y agresiones sexuales.

Comunidad Autónoma	Legislaciones en materia de Violencia de Género	Concepto de Violencia de Género
Canarias	Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.	Se entiende por violencia contra las mujeres todo tipo de actuación basado en la pertenencia a dicho sexo de la víctima, y con independencia de la edad de ésta, que, a través de medios físicos o psicológicos, incluyendo las amenazas, intimidaciones o coacciones, tenga como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, y se realice al amparo de una situación de debilidad o de dependencia física, psicológica, familiar, laboral o económica de la víctima frente al agresor con independencia de la relación de éste con ella. Incluye tráfico de mujeres, mutilación genital, derechos sexuales y reproductivos.
Cantabria	Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.	La Ley entiende por violencia de género toda conducta activa u omisiva de violencia o agresión, basada en la pertenencia de la víctima al sexo femenino, así como la amenaza de tales actos, la coacción o privación ilegítima de libertad y la intimidación, que tenga como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si ocurre en público como en la vida familiar o privada con independencia de la relación que el agresor guarde con ella. Incluye tráfico de mujeres, mutilación genital, derechos sexuales y reproductivos.
Castilla-La Mancha	Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de los Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas.	No establece la Ley castellano-manchega un concepto concreto de violencia de género. De su articulado y del preámbulo se puede inferir que se refiere al maltrato a la mujer por parte de su esposo o compañero.
Castilla y León	Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de Género en Castilla y León.	Se entiende por violencia de género cualquier acto de violencia hacia las mujeres, que se ejerce contra ellas por el hecho de serlo y que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada. Incluye Tráfico y trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, violencia originada por la aplicación de tradiciones culturales que atenten o vulneren los derechos humanos, acoso sexual y laboral.

Comunidad Autónoma	Legislaciones en materia de Violencia de Género	Concepto de Violencia de Género
Cataluña	Ley 5/2008, de 24 de abril, de los Derechos de las mujeres para la erradicación de la Violencia Machista.	Se entiende por violencia machista a la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, intimidaciones y coacciones, tenga como resultado un daño o padecimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado. Incluye tráfico y explotación sexual, mutilación genital, matrimonios forzados, violencia derivada de conflictos armados, violencia contra los derechos sexuales y reproductivos.
Comunidad Valenciana	Ley 9/2003, de 2 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres.	La violencia de género como la violencia ejercida contra las mujeres como una forma perversa de ejercicio de poder, mediante el empleo de la fuerza física, psicológica, económica o de otro tipo, cuyo origen se encuentra en la desigualdad de las relaciones entre mujeres y hombres y se manifiesta bajo la forma de malos tratos, violación, abusos sexuales, acoso sexual, prostitución y tráfico de mujeres.
Extremadura	Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.	Igual concepto de violencia de género y ámbito de aplicación de la Ley Integral 1/2004.
Galicia	Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la Prevención y Tratamiento Integral de la Violencia de Género.	Se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada. Se incluye la violencia ejercida por los hombres de su entorno familiar, social o laboral, así como el tráfico de mujeres y las agresiones sexuales.
Madrid	Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral de violencia de género de la Comunidad de Madrid.	La violencia de género a que se refiere la Ley comprende toda agresión física o psíquica a una mujer que sea susceptible de producir en ella menoscabo de su salud, de su integridad corporal, de su libertad sexual o cualquier otra situación de angustia o miedo que coarte su libertad. Asimismo, se considera Violencia de Género la ejercida sobre los menores y las personas dependientes de una mujer cuando se agrada a los mismos con ánimo de causar perjuicio a aquella. Incluye agresiones sexuales, mutilación genital, tráfico de mujeres. En mujeres con discapacidad, la violencia cometida por hombres del entorno familiar o institucional.

Comunidad Autónoma	Legislaciones en materia de Violencia de Género	Concepto de Violencia de Género
Murcia	Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.	Se entiende por violencia de género toda agresión física o psíquica ejercida a una mujer, por razón de su sexo, que sea susceptible de producir en ella un menoscabo de su salud, integridad física, libertad sexual o cualquier otra situación que restrinja su libertad, incluyéndose la ejercida sobre su descendencia menor de edad y personas que dependan de ella siempre que lo hubieran sido por razón de su sexo.
Navarra	Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista, modificada por la Ley Foral 12/2003, de 7 de Marzo.	Violencia de género conceptualizada como aquella que se ejerce contra las mujeres y que supone un serio atentado contra la dignidad e integridad física y moral de éstas.
País Vasco	Ley 4/2005 de Igualdad de mujeres y hombres (Título III, Cap. VI, dedicado a Violencia de Género).	Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón del sexo que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad que se produzcan en la vida pública o privada.
Rioja, La	Ley 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja.	La violencia ejercida sobre la mujer, que comprende toda conducta activa u omisiva de agresión contra la misma, motivada por su pertenencia al sexo femenino y realizada al amparo de una situación de desigualdad, debilidad, dependencia o proximidad física, psicológica, laboral o económica de la víctima frente al agresor, con resultado o riesgo de daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual. Incluye agresiones sexuales, acoso sexual, tráfico de mujeres y mutilación genital.

Anexo II.

Protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género en las Comunidades Autónomas

Andalucía

Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Plan Estratégico. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2001).

Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2008).

Parte de lesiones e Informe médico por supuestos casos de Violencia doméstica, Malos tratos a menores y personas mayores y Agresiones sexuales. Junta de Andalucía (2011).

Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas (2005).

Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género (2012).

Aragón

Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación y Aseguramiento (2005).

Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas (2008).

Programa de Atención Integral a las mujeres víctima de violencia de género en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (2011).

Asturias

Protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias (2003).

Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de Género. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias (2007).

Protocolo interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en el Principado de Asturias.

Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género (2009).

Baleares

Estratègies de prevenció i tractament de la violència domèstica. Conselleria de Benestat Social. Institut de la Dona. Govern Balear (2002).

Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Server de Salut de las Illes Balears (2009).

Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales.

Canarias

Instrucción 3/03 por la que se establecen los modelos de documentos oficiales y trámites a cumplimentar por el personal facultativo en los supuestos de prestación de asistencia sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de la Salud.

La Violencia de Género y la Salud: Manual y Unidades didácticas para la Sensibilización y la prevención. Gobierno de Canarias. Coedición de la Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de la Salud e Instituto Canario de la Mujer (2005).

Parte de lesiones e Informe médico emitidos por supuestos casos de Violencia doméstica, Malos tratos a menores y personas mayores y Agresiones sexuales. Servicio Canario de Salud (2003).

Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud (2003).

Cantabria

Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública (2005, 2ª ed., 2007).

Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública (2006).

Castilla y León

Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SocalemFYC) (2005).

Red de Asistencia a la Mujer que sufre maltrato. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León (2003).

Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León (2010).

Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León (2008).

Castilla-La Mancha

Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Participación. Castilla-La Mancha (2005).

Cataluña

Guia per a l'abordatge del maltractament de gènere a l'atenció primària. Institut Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (2003).

Recomanacions per a l'atenció sanitària a les dones maltractades. Col·lecció: Pla de salut. Quadern núm. 14. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (2004).

Protocol i circuit per a l'abordatge de la violència machista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2009).

- Document operatiu de violència sexual.
- Document operatiu de Mujeres y Discapacidad (2011).
- Document operatiu de Drogodependencias (2011).

- Document operatiu de embarazo (2010).
- Document operatiu De Inmigración (2011).
- Document operatiu De maltrato infantojuvenil.
- Mutilación genital femenina (2011).

Comunidad Valenciana

Informe Médico por Presunta Violencia Doméstica (adultos). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (2005).

Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (2008).

Extremadura

Protocolo interdepartamental para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer. Instituto de la mujer de Extremadura. Junta de Extremadura. (2001). ANEXO 1. Pautas de actuación para profesionales implicados en el itinerario de emergencia.

Protocolo de vigilancia epidemiológica de la violencia de género de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud (2010).

Galicia

Abordaxe da violencia de xénero desde o ámbito sanitario. Guía para a prevención, detección e atención en materia de violencia de xénero no ámbito sanitario. Xunta de Galicia (2002).

Defende os teus dereitos. Guía práctica para mulleres que sofren violencia de xénero. Xunta de Galicia (2007).

Guía sobre Violencia de Género en Atención Primaria de Salud. Xunta de Galicia (2005).

Guía técnica do proceso de atención as mulleres en situación de violencia de xénero (2009).

Madrid

La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid (2003).

Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2007).

Guía breve de actuación en atención primaria (2008).

Guía de Atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave (2010).

Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2011).

Murcia

Protocolo de Coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con los Órganos Judiciales, los Colegios profesionales y demás implicados en la protección de las víctimas de Violencia de Género. Región de Murcia (2006).

Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad de Murcia (2007).

Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejería de la Presidencia. Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud. Región de Murcia (2000).

Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género (2011).

Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (2011).

Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años (S/D).

Navarra

Protocolo de actuación coordinada en la asistencia a víctimas de violencia de género. Guía para profesionales. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Instituto Navarro de la Mujer. Gobierno de Navarra (2006).

País Vasco

Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco (2000) incluido en el marco del *Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales*» (2001).

Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y violencia sexual contra las mujeres (2008).

La Rioja

Programa Integral de Detección y Abordaje de la Violencia Doméstica desde el Sistema Sanitario Público de la Rioja. Servicio Riojano de Salud (2004).

Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres (2010).

La Comisión contra la violencia de género creada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, viene apoyando técnicamente y orientado la planificación de las medidas sanitarias contempladas en el capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

En abril de 2007, se editó el Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano de los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres.

La experiencia acumulada por los servicios de salud de las comunidades autónomas (CCAA) así como la evolución creciente en la evidencia científica respecto a los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que lo sufren, sus hijas e hijos, así como en relación a contextos de mayor vulnerabilidad (embarazo, la emigración, las discapacidades, entorno rural, mujeres mayores, etc.) han permitido que se presente esta nueva edición del Protocolo Común sanitario.

Los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado del proceso, atención multi e interdisciplinar por parte del equipo de profesionales y la coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, cuerpos y fuerzas de seguridad, recursos locales, etc.) orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del Protocolo.

