

El Protocolo que ahora presentamos es el primero sobre esta materia que se propone para su aplicación en el conjunto del SNS. Su objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios 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.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

Depósito Legal:

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género

Comisión Contra
la Violencia de Género del
Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud

Informe elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS.

Grupo de Trabajo Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria Ante la Violencia de Género

Representantes de las CC.AA.

Elisa Vizuite Rebollo (Andalucía)
José González García (Baleares)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Aurora Rovira Fontanals (Cataluña)
Ana Fullana Montoro (Comunidad Valenciana)
Jesús Miguel García Ortíz (Extremadura)
Mar Martín García (Galicia)
José Luis Sánchez Suárez (Madrid)
Marina Tourné García (Murcia)
M.^a Jesús Ziarrusta Bilbao (País Vasco)
M.^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)

Representantes de otros Organismos Oficiales

Carmen Fernández Alonso (SEMFYC)
Begoña Merino Merino (Dirección General de Salud Pública. MSC)
Begoña López-Dóriga Alonso (Instituto de la Mujer)
Raquel Presa García-López (Delegación especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer)

Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional del Salud

Concepción Colomer Revuelta
Isabel Espiga López
Rosa M.^a López Rodríguez
Carmen Mosquera Tenreiro
Isabel Soriano Villarroel

Apoyo técnico

Juncal Plazaola Castaño (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Isabel Ruiz Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Agradecimientos

Grupo de Aspectos Éticos y Legales de la Comisión Contra la Violencia de Género

Jorge González Fernández (Director del Instituto de Medicina Legal de la Rioja)

M.^a Luisa Lasheras Lozano (Técnica Superior de Salud Pública de Madrid)

Colaboración especial con aportaciones técnicas y reflexiones sobre el documento

Raquel Castillejo Manzanares (Asesora del Ministro de Justicia)

Ana Koerting de Castro (Secretaría Nacional del Plan del SIDA)

Miguel Lorente Acosta (Médico Forense)

Joaquín Martínez Montauti (Observatorio de Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona)

Ana Isabel Vargas Gallego (Fiscalía General de Estado)

Integrantes de la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS

José Martínez Olmos (Secretario General de Sanidad. MSC)

Alberto Infante Campos (Director General de la Agencia de Calidad del SNS. MSC)

Manuel Oñorbe de Torre (Director General de Salud Pública. MSC)

Josefa Ruíz Fernández (Andalucía)

Manuel García Encabo (Aragón)

José Ramón Riera Velasco (Asturias)

Esther Mato Fondo (Balears)
Hilda Sánchez Janariz (Canarias)
Santiago Rodríguez Gil (Cantabria)
María Álvarez-Quiñones Sanz (Castilla y León)
Berta Hernández Fierro (Castilla-La Mancha)
Dolors Costa Sampere (Cataluña)
Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)
Pedro García Ramos (Extremadura)
M.^a Isabel Graña Garrido (Galicia)
M.^a Belén Prado Sanjurjo (Madrid)
José Manuel Allegue Gallego (Murcia)
Francisco Javier Sada Goñi (Navarra)
M.^a Luisa Arteagoitia González (País Vasco)
Pilar Díez Ripollés (La Rioja)
Vivian Berros Medina (Ceuta)
Sara Cristina Pupato Ferrari (INGESA)
Concepción Colomer Revuelta (Observatorio de Salud de la Mujer. MSC)
Rosa M.^a López Rodríguez (Observatorio de Salud de la Mujer. MSC)
Begoña López-Dóriga Alonso (Instituto de la Mujer)
Raquel Presa García-López (Delegación especial del Gobierno contra la
Violencia sobre la Mujer)

Índice

Presentación	15
Objetivos y metodología	17
Conceptos generales	19
1. Definición	19
2. Causas	21
3. El proceso de la violencia	22
4. Consecuencias en la salud	24
5. Importancia del personal de los servicios sanitarios	25
6. Dificultades para identificar la violencia de género	27
7. Recomendaciones para la prevención de la violencia en el sistema sanitario	28
Actuación en atención primaria y especializada	29
1. Detección y valoración. Algoritmo de actuación	30
2. Indicadores de sospecha	31
3. Identificación	34
4. Valoraciones	36
5. Actuación	38
Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos	38
Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo	39
Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo	40
Actuación en urgencias	41
1. Actuación de detección de violencia	41
2. Actuación asistencial	41
3. Valoración de la seguridad	42
4. Información y derivación	42
5. Actuación legal	42

Actuación ante agresiones sexuales	43
Guía de recursos	49
Aspectos éticos y legales	51
Actuación con el maltratador	53
Parte de lesiones e informe médico	55
Glosario de términos	59
Bibliografía	63
Anexo. Protocolos y guías de actuación sanitaria de las CC.AA.	67

Presentación

En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), celebrada en septiembre de 2004, se acordó crear una Comisión contra la violencia de género. La preside el Secretario General de Sanidad y forman parte de ella la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, encargándose de la secretaría el Observatorio de Salud de la Mujer. Esta Comisión se reunió por primera vez en noviembre de 2004.

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, publicada en diciembre de 2004, establece en su capítulo III que esta Comisión prestará apoyo técnico y orientará la planificación de las medidas sanitarias. Además, evaluará y propondrá las actuaciones necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y de cualquier otra medida que se estime adecuada para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia. También señala que: *«La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial»* (Art. 16).

Asimismo la Ley establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán las actuaciones de 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 rehabilitación de la mujer maltratada. Además, el Artículo 32.3 promueve la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema.

Por último, 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.

El Protocolo que ahora presentamos es el primero sobre esta materia que se propone para su aplicación en el conjunto del SNS. Su objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios 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. Esperamos que sea de especial utilidad para los profesionales

de Atención Primaria ya que es a este nivel donde se tiene el contacto más inmediato y directo con las víctimas de la violencia de género.

Con esta iniciativa se impulsa el esfuerzo del SNS para afrontar este problema, y se da cumplimiento al mandato legal. El Protocolo, aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial en su reunión de diciembre de 2006, ha sido elaborado por la Comisión de Violencia de Género del Consejo. Para confeccionarlo se ha tenido en cuenta el criterio de numerosos expertos y la labor ya desarrollada en algunas Comunidades Autónomas. El trabajo ha sido minucioso y muy participativo por lo que deseo agradecer su esfuerzo a todos los que han tomado parte en él.

Elena SALGADO
Ministra de Sanidad y Consumo

Objetivos y metodología

El **objetivo principal** 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.

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

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, se ha incluido un capítulo referido a ellas.

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

1. Sensibilizar al personal sanitario del SNS sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud;
2. Promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones;
3. Contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la sensibilización de la población general sobre este problema.

Para la elaboración de este Protocolo se han revisado los protocolos de actuación sanitaria existentes en las CC.AA. El documento que se presenta es fruto de la discusión y consenso en el marco del *Grupo de Trabajo Protocolos y Guías de actuación sanitaria ante la violencia de género*, creado en el seno de la Comisión del CISNS. El grupo está formado por representantes de las CC.AA. y de organismos oficiales como la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, el Instituto de la Mujer (MTAS) y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Como apoyo técnico se ha contado con la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). La coordinación del grupo ha sido realizada por el Observatorio de Salud de la Mujer, de la Dirección General de la Agencia de Calidad del MSC.

El Grupo de Trabajo 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.

Violencia sexual

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

Las *agresiones sexuales* comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo 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 terceros).

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.

En el ámbito laboral, el *acoso sexual* es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

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

Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género.

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, 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.

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**.

Finalmente, no debemos olvidar que existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas para

¹ En la actual regulación penal de la violencia de género no se exige la reiteración de los actos violentos para entender cometido un delito de esta índole, con independencia de que la existencia de esa reiteración pueda tener trascendencia penal en orden a la agravación de la responsabilidad penal.

un seguimiento adecuado. Tal es el caso de las **mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial, inmigrantes, de entornos rurales o las mujeres en situación de exclusión social (como por ejemplo las mujeres en prostitución o drogodependientes)**. La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a prestar una atención especial.

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.

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 la autoridad. Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia. 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 en el 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 las agresiones físicas, psicológicas y 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. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

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 ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Esta llamada «forma moderada de violencia» sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

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 hace difícil que la mujer rompa 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. Es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y que no podrá corregir la conducta de su agresor, para que sea consciente del peligro que corre.

4. Consecuencias en la salud

CONSECUENCIAS FATALES

- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... que pueden producir discapacidad
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- Peor salud

CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable
- Otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado...
- Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Intento de suicidio
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del número de días de vida saludable

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia
- La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

5. Importancia del personal de los servicios sanitarios

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Las características de este tipo de violencia requiere de la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente. A menudo sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse.

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro de atención primaria, 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.

Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando no existen lesiones físicas. Si el personal de los servicios sanitarios es capaz de profundizar mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo 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.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *Violencia contra las mujeres*. Un tema de salud prioritario, dirigiéndose al personal sanitario: *«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»*.

La OMS define 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 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.

6. Dificultades para identificar la violencia de género

POR PARTE DE LA MUJER

- 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
- Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral
- Vergüenza y humillación
- Deseo de proteger a la pareja
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando
- Desconfianza en el sistema sanitario
- Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro)
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también)
- Están acostumbradas a ocultarlo
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente
- Intento de racionalización de la conducta del agresor
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)
- Miedo a ofenderla, 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)
- Frecuentes actitudes paternalistas

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- Falta de privacidad e intimidad
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo idioma en el caso de mujeres inmigrantes...)
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos
- Ausencia de trabajo en equipo
- Deficiente formación en violencia

7. Recomendaciones para la prevención de la violencia en el sistema sanitario

Las actividades de prevención de la violencia pueden agruparse en tres áreas:

PROFESIONAL:

- Inclusión en la formación continua del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realización de sesiones con otros y otras profesionales y con otras instituciones.

EN 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.
- 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 sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Actuación en atención primaria y especializada

Los equipos de atención primaria pueden actuar en la detección precoz y atención integral a las mujeres en situación de violencia de género. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado con las pacientes y el hecho de contar con equipos interdisciplinarios, pueden facilitarlos.

Respecto a la detección precoz, este protocolo plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha. Además, se recomienda que en la primera visita de cada mujer, al iniciar la historia clínica, se realicen preguntas exploratorias de abordaje psicosocial.

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 o con los servicios pertinentes.

Es necesario recordar que las mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las inmigrantes, 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

- Indicadores de sospecha
- Identificación
- Valoración:
 - Biopsicosocial
 - De la situación de violencia
 - Del riesgo

2. INTERVENCIÓN

- Información acerca del problema
- Trabajo en la consulta-seguimiento
- Derivación
- Registro en la historia clínica
- 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

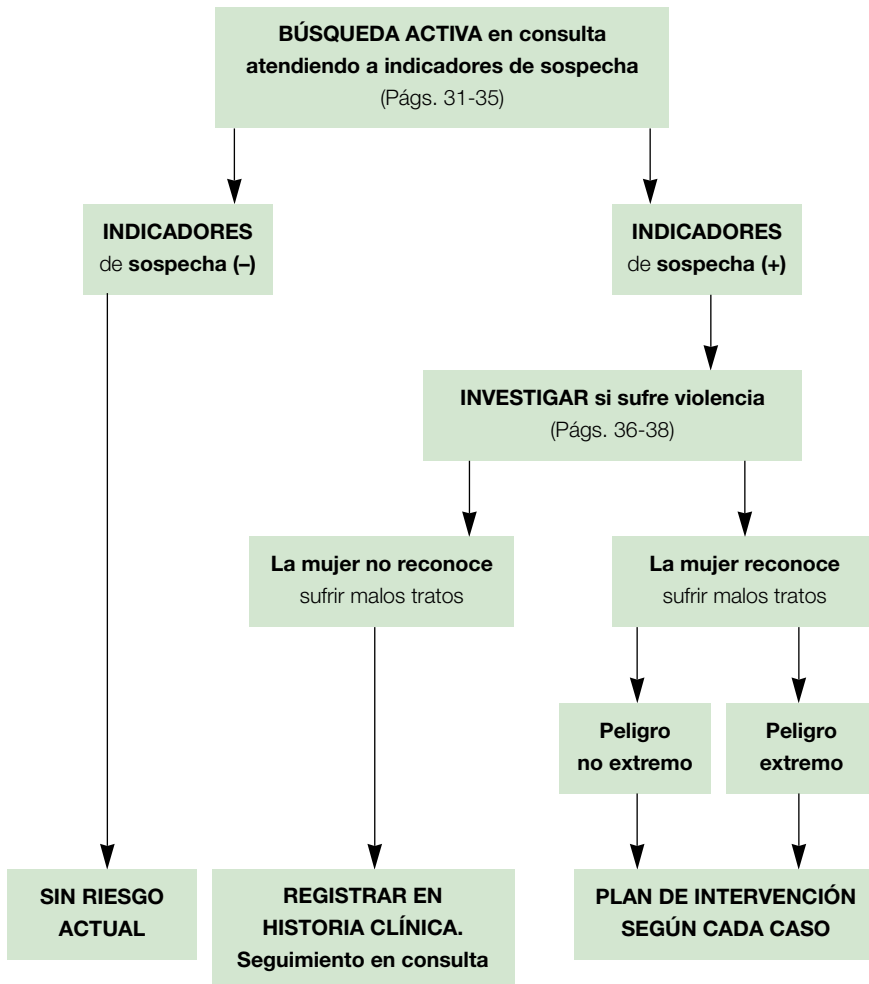
1. Detección y valoración

Algoritmo de actuación

PRIMERA VISITA.

Apertura de historia clínica.

Preguntas de abordaje psicosocial: ¿Cómo van las cosas en casa?. ¿Está usted contenta en la relación con su pareja y con sus familiares?



2. Indicadores de sospecha

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 1a. INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

- 1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia**
- 2. Antecedentes personales y de hábitos de vida**
 - Lesiones frecuentes
 - Abuso de alcohol u otras drogas
 - Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos
- 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 frecuentes**
 - Insomnio
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Intentos de suicidio
 - Baja autoestima
 - Agotamiento psíquico
 - Irritabilidad
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Labilidad emocional

Tabla 1a. INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER (continuación)

5. Síntomas físicos frecuentes

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

6. Utilización de servicios sanitarios

- Existencia de periodos 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

7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer

- Situaciones de cambio vital:
 - Embarazo y puerperio
 - Noviazgo
 - Separación
 - Jubilación propia o de la pareja
- Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera
 - Enfermedad discapacitante
 - Dependencia física o económica
 - Dificultades laborales y desempleo
 - Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
 - Ausencia de habilidades sociales
- Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)

8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

Tabla 1b. INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

1. Características de las lesiones y problemas de salud

- 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, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- 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
- 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

3. Identificación

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 2a. RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA A LA MUJER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- 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.

En el caso de que lo reconozca:

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer a 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.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones

En la tabla 2b se presentan ejemplos de preguntas generales que podrían utilizarse en la consulta para la búsqueda activa de casos de maltrato en caso de sospecha.

Tabla 2b. 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 o 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).

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 o 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?

Tabla 2c. 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?

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 abandona?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

4. Valoraciones

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato, se debe proceder a realizar una exploración minuciosa de las lesiones y de su estado emocional, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.

Tabla 3. VALORACIONES

BIOPSIOSOCIAL

- Lesiones y síntomas físicos
- Situación familiar
- Situación económica, laboral y ocupacional
- Red de apoyo social de la mujer
- Situación emocional

DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

- 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 adaptación desarrollado por la mujer.
- Fase del proceso de violencia en la que se encuentra

DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

- 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:
 - 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
 - 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:
 - ¿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?

5. Actuación

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 actuación del personal sanitario será distinta si la mujer reconoce o no el maltrato y según la situación de peligro en la que se encuentre.

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

- Mujer de quien sospechamos que sufre malos tratos.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos que se encuentra en peligro extremo.

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**
- **Informar a la mujer de la situación en que se encuentra**
- **Trabajo en la consulta-seguimiento:**
 - Atención integral/interdisciplinar.
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

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

- **Registrar en la historia clínica**
- **Informar a la mujer de la situación en que se encuentra**
- **Trabajo en la consulta-seguimiento:**
 - Atención integral/interdisciplinar
 - Atención 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 ú otros recursos de la zona).
- **Derivar** (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer)
 - Al personal de trabajo social
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer
- **Emitir parte de lesiones cuando proceda***
- **Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera**

* 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.

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

- **Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola**
- **Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas**
- **Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.**
- **Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.**
- **Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta**
- **Llamar al 112 (Emergencias) o los servicios específicos de su comunidad autónoma**

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 (Indicadores de sospecha. Tabla 1b. Página 33).
- En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos (Identificación. Tabla 2b. Página 35).
- Atender a la mujer en un clima de confianza adecuado (Identificación. Tabla 2a. Página 34).

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 estará 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.

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 (Valoraciones. Tabla 3. Página 37)

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.

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.

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 10-11.

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 felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

Es necesario propiciar un trato comprensivo hacia la mujer, facilitando un ambiente que propicie la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible. Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza. No deben realizarse preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.

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 va a sufrir 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 mé-

dico forense o 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:

- Realizar la anamnesis y el examen clínico
- Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual
- Petición de analítica sanguínea
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas
- Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- Profilaxis del embarazo
- Emisión del parte de lesiones

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

* Para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o 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 sí el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

** 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.

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

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 regla, método anticonceptivo, última relación sexual.

EXPLORACIÓN (GENERAL Y GINECOLÓGICA)

- **Examen de la superficie corporal:**
 - 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*.
- **Muestras de interés legal:**
 - Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8 °C).
- **Exploración ginecológica:**
 - Inspección vulvo-vaginal: 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, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
 - Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

EXPLORACIÓN (GENERAL Y GINECOLÓGICA) (continuación)

• Muestras de interés legal:

- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de espermatozoides. 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 (o 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 ú oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.
- Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
- Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor).

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.

ANALÍTICA

- **Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente**
- **Prueba de tóxicos**
- **Prueba de embarazo**
- **Infecciones de transmisión sexual:**
 - Cultivo de gonorrea y Clamidias: inicial y a los 7 días.
 - Sífilis: inicial y a las seis semanas.
 - VIH: inicial, a las seis semanas, y a los 3 y 6 meses.
 - Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.
- **Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas**

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: en general es derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología. En general, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda.
- **Prevención de infecciones de transmisión sexual:**
 - Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.
 - La necesidad de profilaxis contra el VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis postexposición no ocupacional.
 - La necesidad de profilaxis frente al virus de la 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 72 h. desde la agresión.
 - Si han transcurrido entre 72 h. y menos de 5 días de la agresión el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.
 - Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
 - Informar a la mujer que en el caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

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.
- 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 CC.AA. o provincia.

- **Derivación:**

- Importancia de la derivación a/ 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 CC.AA. o provincia.

RECOMENDACIONES

- No mantener relaciones sexuales hasta siguiente valoración
- Seguimiento adecuado a 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.

Guía de recursos

Como se ha señalado repetidamente a lo largo del protocolo, la coordinación y colaboración intersectorial (con recursos sociales, jurídicos, policiales, etc.) es esencial en la atención a las mujeres que sufren malos tratos.

Es importante que cada profesional conozca los recursos específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal, y sus características con el fin de facilitar su utilización adecuada. En este sentido, los profesionales de trabajo social representan una figura de enlace esencial en el proceso de derivación de las mujeres. Es importante 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.

En este apartado se detallan únicamente los recursos a nivel nacional, ya que en cada Comunidad Autónoma existe una pluralidad de ellos, incluyendo los de ámbito provincial y municipal. Esta parte del protocolo debe ser por lo tanto adaptada a las particularidades de cada Comunidad Autónoma.

RECURSOS A NIVEL NACIONAL

- Teléfonos de información 24 horas del Instituto de la Mujer:

900 191 010

900 152 152 (para mujeres sordas)

- Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias: **112**
- Policía Nacional: **091**
- Guardia Civil: **062**
- Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer

<http://www.mtas.es/igualdad/violencia.htm>

Todos los teléfonos que se presentan son gratuitos.

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.

RECURSOS EN LAS CC.AA.

- Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias en la CC.AA.
- SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional) en la CC.AA.
- EMUME (Especialistas Mujer-Menores de la Guardia Civil) en la CC.AA.
- Policía Municipal.
- Presentación de denuncias, solicitud de orden de protección y de servicio de teleasistencia móvil: ante la Policía Nacional, Policía Municipal, Guardia Civil, Comisarías (listado), Fiscalía (dirección y teléfonos) Juzgados (direcciones y teléfonos).
- Orientación y asesoramiento Jurídico (detallar con direcciones y teléfonos):
 - Teléfono 900 de la CC.AA. (en caso de existir).
 - Servicio de Orientación Jurídica de los Colegios de Abogados.
 - Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas.
 - Servicios Sociales de los Ayuntamientos.
 - Servicios de Atención a las Víctimas de Delitos Violentos y Contra la Libertad Sexual en los Juzgados.
 - Organizaciones de Mujeres.
 - Organizaciones de inmigrantes (especialmente importante reflejar aquellas que atienden a inmigrantes cuya lengua no sea el castellano).
- 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).
- Intérpretes de los Juzgados (dirección y teléfonos).
- Si existieran programas específicos en materia de violencia de género, debieran reflejarse.
- Cualquier otro recurso específico de la CC.AA. en esta materia.

Aspectos éticos y legales

En la toma de decisiones ante una situación de maltrato en la consulta, el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran ofrecer escucha y apoyo y respetar las decisiones de la mujer. Muchas de las mujeres, a pesar de presentar lesiones importantes, no acuden a los servicios sanitarios por vergüenza, amenazas del agresor o por temor a que se comunique al juzgado el origen de sus lesiones y se puedan tomar medidas que puedan afectar a la familia.

En el proceso de atención a la mujer que puede estar sufriendo violencia de género es importante respetar la autonomía de la paciente y el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. También lo es el velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia).

En el caso de confirmar la situación de maltrato, se comunicará al juzgado de violencia de género mediante el parte de lesiones e informe médico, informando previamente a la mujer. La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune. La emisión del parte de lesiones plantea a veces a los profesionales sanitarios preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo con ella. Estos efectos estarían relacionados con el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado sus deseos, con posibilidad de la ruptura de la relación profesional sanitario-paciente, y con el potencial incremento del riesgo para la salud o la vida de la mujer por represalia del maltratador.

Teniendo en cuenta que cada caso es particular 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.

Actuación con el maltratador

Las competencias de intervención y tratamiento de los maltratadores para su posible recuperación y reinserción corresponden al Ministerio de Interior y a las correspondientes instituciones y organismos a éste vinculados.

Respecto al maltratador, las únicas competencias de actuación sanitaria 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 ofrecería información de los recursos disponibles en su comunidad autónoma para casos como el suyo.

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.

Parte de lesiones e informe médico

La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género establece en su Título III, sobre Tutela institucional, en su artículo 32, sobre Planes de Colaboración que:

*«Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista **constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos**».*

Por otra parte, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal señala que:

*«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren 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 tratare de un delito flagrante».*

La obligación se entiende cumplida con la remisión del parte de lesiones.

Según establece la Ley de Enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial —antes de que llegue al Juez correspondiente la denuncia del delito y este emita su veredicto— ordenar la realización de prediligencias de investigación, para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

El envío del parte de lesiones, en general, a la autoridad judicial supone su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados*. 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).

* 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.

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 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 el Decanato.

Recibido el parte de lesiones, el/la Juez 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.

Es muy importante identificar los casos de violencia de género como tal, para que en Decanato se tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa un juzgado con competencias en materia de violencia de género, y se remita en consecuencia. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado de Instrucción sin competencias que se tendría que inhibir una vez descubriera que se trata de un caso de violencia de género, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

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

Se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación). Es recomendable la informatización del parte de lesiones e informe médico, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc.

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 forense, y en consecuencia también la valoración por parte del juez.

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

El parte de lesiones e informe médico estará disponible en todos los centros sanitarios. 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 por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax.
- Se archivará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió.

ES IMPORTANTE RESALTAR QUE:

El informe médico debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.

PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO*

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

- Hospital/Centro de Salud/ Consultorio
- Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre y apellidos, CNP

DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y Apellidos
- DNI o NIE (N.º de identificación de extranjería)
- Fecha de nacimiento, Edad
- País origen
- Estado Civil
- Dirección, Municipio (código postal o código INE)
- Teléfono

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 paciente.

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

- 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 o 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 entrecomillando, 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 o 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 o en otras ocasiones (*Si la mujer tiene menores 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.

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:

Nombre y apellidos
Relación/parentesco con la persona agresora
Dirección o teléfono supuesto

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.

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. Existen programas de cribado universal que se aplican de manera sistemática a toda la población y programas de cribado selectivo. Para que se apliquen los primeros han de darse unas condiciones predeterminadas, entre ellas que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial y que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad (entendiendo en el coste no sólo el económico sino también el incremento de riesgos, el impacto en el bienestar de la persona, etc.). Si no se dan estas condiciones, entre otras, no se recomiendan los cribados poblacionales o universales, sino que en todo caso se aplicarán programas de cribado selectivo, dirigidos únicamente a una población que se considera más susceptible de padecer la enfermedad o problema.
- **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.
- **Género:** el género se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes que tradicionalmente y a través del proceso de socialización han sido asignados a los hombres y a las mujeres, así como a la desigualdad que esto crea entre ellos y ellas.
- **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 la persona 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). En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse la notificación al juzgado de acuerdo a los procedimientos establecidos en cada CC.AA.

- **Parte de lesiones:** documento médico-legal de notificación obligatoria al juzgado competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito. Constituye uno de los puntos de partida de diligencias previas o de sumario penal por lesiones o muerte.
- **Prevención primaria:** conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca un determinado problema de salud. Comprende la promoción de la salud, la protección de la salud y la quimioprofilaxis o vacunación.
- **Prevención secundaria:** (ver cribado, detección precoz).
- **Prevención terciaria:** restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar una intervención para intentar curar o paliar un problema de salud o unos síntomas determinados.
- **Victimización secundaria:** se refiere al hecho de que la mujer maltratada, además de ser víctima de la situación de maltrato, es en ocasiones culpabilizada también de esta situación.
- **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.

Bibliografía

- Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez 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.
- Alberdi I, Matas N. La violencia domestica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación la Caixa. 2000.
- 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.
- 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. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
- Blanco Prieto P, Ruiz-Jarabo C, 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 Publica, 2002.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. 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. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. [Accedido el 10 de marzo de 2006]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Estadísticas de Femicidio [accedido 2006 feb 9] Disponible FT en: <http://www.gva.es/violencia/>
- Claudia García-Moreno. Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud Washington, D.C.: OPS, 2000.
- 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.
- 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.
- E-leuis. Índice epidemico mensual. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en España [consultado el 22 enero 2006]. Disponible en: http://www.e-leuis.net/Alerta_Violencia.htm Q5.
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Buscador de documentos sobre Violencia contra las Mujeres [accedido 22 enero 2006]. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>
- Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia Doméstica. SEMFYC. Madrid; 2003.

- Fernández Alonso, M. C., Herrero Velázquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocron Bentata, L., García Campayo, J., Monton Franco, C., Redondo Granado, M. J., Tizón García, M. J. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32, 425-33.
- 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.
- Gil-González D, Vives-Cases C, 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.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports, Series L*, n.º 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; December 1999.
- Jiménez Casado C, Lorente Acosta M. Violencia contra las mujeres, ámbito sanitario. Sevilla; Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- 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. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- Larión Zugasti JL, de Paúl Ochotorena J. Mujer, violencia y salud. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 620-24.
- Matud Aznar P. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratadas. *Psicothema*. 2004;16:397-401.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. [Accedido el 20 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia>
- Ministerio del Interior. Anuarios Estadísticos [accedido 22 enero 2006] Disponibles FT en: <http://www.mir.es/sites/mir/otros/publicaciones/catalogo/unidad/secgenTecnica/periodicas.html>
- Nogueiras García B et al (Eds.). La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004.
- 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.

- Plazaola Castaño J, Ruiz Pérez I, Escribá Agüir V, 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 J, Ruiz Pérez I. Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461-7.
- 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.
- Relación víctimas de la violencia de genero año 2006. <http://www.separadasydivorciadas.org/muertas2006.html>
- 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 Pérez I, Plazaola Castaño J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosom Med*. 2005;67:791-7.
- Ruiz Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:4-12.
- Ruiz Pérez I; Jiménez Rodrigo ML; Bermúdez Tamayo C, Plazaola Castaño J. 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
- Siendones Castillo R, Perea-Milla E, Arjona JL, Aguera C, Rubio A, Molina M. Violencia domestica y profesionales sanitarios: conocimientos, opniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002;14:224-232.
- U.S.Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. *Ann Fam Med* 2004; 2:156-160.
- Walker L. 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.
- WHO Multi-Country Study. On Women's Health And Life Events. Department of Gender and Women's Health. Family and Community Health. World Health Organization. Geneva 2003.
- World Health Organisation (WHO). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: WHO; 2003.

Anexo

Protocolos y guías de actuación sanitaria de las CC.AA.

Andalucía

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

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).

Asturias

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

Baleares

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

Canarias

- Instrucción 3/03 por la que se establecen los modelos de documentos oficiales y trámites a cumplimentar por el personal facultativo en los su-

puestos 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).
- 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).
- 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).
- Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública (2005).

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).

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).
- Protocol i circuit per a l'abordatge de la violència de gènere en l'àmbit de la salut a Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (document en fase d'el·laboració).
- 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).

Comunidad Valenciana

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

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.

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).

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).

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

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) (El protocolo sanitario se halla ahora en vías de revisión/actualización).

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).

