Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género

Junta de Castilla y León

Sacyl

Coordinación y redacción:

Mª del Carmen Fernández Alonso
Servicio de Coordinación Asistencial, Socio-sanitaria y Salud Mental. G R S de Castilla y León. Valladolid.
Lydia Salvador Sánchez
Servicio de Coordinación Asistencial, Socio-sanitaria y Salud Mental. G R S de Castilla y León. Valladolid

Actualización y revisión:

Mª del Carmen Fernández Alonso. Médica de Familia
Servicio de Coordinación Asistencial, Socio-sanitaria y Salud Mental. G R S de Castilla y León. Valladolid.
Lydia Salvador Sánchez. Médica de Familia
Servicio de Coordinación Asistencial, Socio-sanitaria y Salud Mental .G R S de Castilla y León. Valladolid
Mª Ángeles Guzmán. Enfermera
Servicio de Coordinación Asistencial, Socio-sanitaria y Salud Mental .G R S de Castilla y León. Valladolid
Sonia Herrero Velázquez. Neuróloga
Servicio de Neurología Hospital del Rio Hortega. Valladolid.
Susana Sánchez Ramón. Médica de Familia
Servicio de Urgencias. Hospital del Rio Hortega .Valladolid

Colaboración: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
María José Chica Ramos
Jefa del Servicio de atención a Víctimas de Violencia de Género
Dirección General de mujer. Consejería de familia e I.O. de la Junta de Castilla y León
Susana de la Torre Cano
Psicóloga del Servicio de atención a víctimas de violencia de género.
Dirección General de mujer. Consejería de Familia e I.O. de la Junta de Castilla y León.

Autoría de la edición anterior
Esta guía es la edición actualizada de la publicada en 2010 cuyos autores, por orden alfabético fueron:
Rosa Teresa Calvo Martínez.
Médica de familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León.
Lourdes Cinos Ramos.
Médica de familia. Centro de Salud San Juan .Salamanca
Ana Cuellas Ramón.
Matrona .Centro de Salud de Ponferrada I. Ponferrada. (León).
Mª del Carmen Fernández Alonso
Médica de Familia. Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Dirección General de Planificación, Coordinación, Ordenación y Formación. Valladolid.
Mª Mar González Fernández-Conde.
Enfermera. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.
Mª Ángeles Guzmán Fernández
Enfermera. Servicio de Programas Asistenciales. Dirección Técnica de Atención Primaria. Valladolid
Mª Ángeles Rasillo Rodríguez
Socióloga. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Valladolid
Modesto Rey Novoa
Ginecólogo. S. de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos
Ana San José Díez
Psicóloga. Gerencia de Atención Primaria. Segovia.
Susana Sánchez Ramón
Médica. Servicio de Urgencias del H. U. Río Hortega. Valladolid.

Coordinación y redacción:
Mª del Carmen Fernández Alonso
Jefa de Servicio de Coordinación Sociosanitaria,
Dirección General de Planificación Sanitaria Gerencia Regional de Salud
Mª Ángeles Guzmán Fernández. Enfermera. Sº Programas Asistenciales. DTAP. Valladolid
Técnica del Servicio de Programas Asistenciales.
Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud

Ilustración: Juan Carlos Luque
© Junta de Castilla y León 2017
Gerencia Regional de Salud

Colaboración: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 1
1. JUSTIFICACIÓN 3
2. DEFINICIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA 5
3. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 6
4. EPIDEMIOLOGÍA 8
5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD 9
6. LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 11
6.1. Dificultades para la detección 11
6.2 El papel de los servicios de salud 13
7. ACTUACIONES SANITARIAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO 14
7.1. Prevención primaria 15
7.2. Prevención secundaria. Detección precoz. 18
7.2.1. Razones para la detección activa 18
7.2.2. La entrevista clínica para la detección de maltrato 21
7.2.3. Otras herramientas de ayuda: Test de cribado y diagnóstico de WAST 24
7.3. Prevención terciaria. Actuación tras el diagnóstico 26
7.3.1. Intervención mínima inicial o apoyo de primera línea: **ERES** 26
Escucha Activa 27
Reconocimiento de su vivencia 28
Evaluación de Riesgos y **S**ervicios de Apoyo según el Riesgo Vital 29
7.3.2. Apoyo secundario en Atención Primaria 34
7.3.3. ESCRIBIR Y REGISTRAR en la Historia Clínica ¿Por qué es fundamental? 38
7.3.4. Actuación con los hijos e hijas expuestos a la violencia de género y personas dependientes 40
7.3.5. Actuación con el agresor 41
8. ABORDAJE MULTIPROFESIONAL Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL 43
8.1 Derivación a servicios de la Red Sanitaria 45
8.2. Derivación a los Servicios Sociales 47
8.3. Derivación a otros servicios 53
8.4 Algoritmos de las intervenciones en los diferentes contextos de actuación. 53
8.4.1. La mujer acude a consulta de Atención Primaria 54

8.4.2. Acude Emergencias Sanitarias con personal médico 55
8.4.3. La mujer acude a Urgencias de AP 56
8.4.4. La mujer acude a Urgencias Hospitalarias 57
8.4.5. La mujer acude a Consultas Externas de Atención Especializada 58
8.4.6. La mujer está hospitalizada y se detecta que es víctima de maltrato 59
9. MALTRATO EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD 60
9.1 Maltrato y embarazo 60
9.2. Maltrato y discapacidad 61
9.3. Maltrato en mujeres del medio rural 64
9.4. Maltrato en mujeres extranjeras inmigrantes 65
9.5. Maltrato en mujeres mayores 66
10. ASPECTOS ÉTICOS Y OBLIGACIONES LEGALES A VALORAR EN LA TOMA DE DECISIONES ANTE UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS: EL PARTE DE LESIONES 67
11. NECESIDADES DEL PERSONAL SANITARIO 71
12. ANEXOS 73
ANEXO I. SERVICIO DE CRIBADO Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA 73
ANEXO II. VIOLENCIA SEXUAL: AGRESIÓN SEXUAL, TRATA Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA 76
ANEXO III. VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER 85
ANEXO IV. HOJA INFORMATIVA PARA LAS MUJERES 91
ANEXO V. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. "OBJETIVO VIOLENCIA CERO" 95
ANEXO VI. MODELOS DE SOLICITUDES PARA SERVICIOS SOCIALES 97
ANEXO VII. MAPA DE RECURSOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO 103
ANEXO VIII. PARTE DE LESIONES 107
13 BIBLIOGRAFÍA 111

PRESENTACIÓN

La violencia de género (VG) constituye una violación de los derechos humanos, inaceptable en cualquier sociedad democrática. La ONU en 1993 reconoció los derechos de las mujeres como derechos humanos y declaró la violencia contra las mujeres una violación de los mismos. Las graves consecuencias para la salud de las mujeres que la padecen y de sus hijos e hijas, ha llevado al reconocimiento de la violencia de género como problema de salud pública de primer orden por la Organización Mundial de la Salud[1] y aconseja a los estados avanzar en el conocimiento de la magnitud y consecuencias para la salud de la VG, así como en propuestas de medidas para su prevención y abordaje. La violencia de género es también un problema social, con raíces culturales y educativas y, por tanto, exige de intervenciones multidisciplinares integradas para dar una respuesta eficaz, que conduzca a su erradicación, simplemente por una cuestión de justicia.

Reconocida la necesidad de un abordaje multidisciplinar y coordinado, queremos resaltar la gran importancia del papel de los servicios de salud, que, a menudo, constituyen la primera y a veces la única oportunidad para detectar a tiempo una situación de maltrato y poner en marcha un plan de atención.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León desde 2002 ha puesto en marcha varios Planes Regionales para desarrollar políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (I, II, III y IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León) , así como para avanzar en la lucha contra la Violencia de Género (I y II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León) considerando su abordaje un objetivo estratégico y, desde entonces, numerosas medidas se han puesto en marcha: desarrollo de un protocolo marco intersectorial frente a la VG, protocolo de intervención en los servicios sociales y numerosos recursos de apoyo para la atención a las víctimas de VG y sus hijos e hijas.

Actualmente está vigente el I Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Castilla y León 2013-2018, que es un plan multisectorial y tiene entre sus objetivos avanzar en la lucha para erradicar la VG en nuestra sociedad. Su reciente evaluación intermedia pone de manifiesto algunos logros y no pocos retos pendientes de conseguir. Dicho plan se fundamenta en la Ley 13/2010, de 9 de diciembre contra la violencia de género en Castilla y León, que en su artículo 42 recoge la elaboración de una planificación específica contra la violencia de género, y que junto con la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León, son la máxima manifestación de esa competencia exclusiva, constituyendo el marco jurídico para el desarrollo de las políticas dirigidas a la promoción de la igualdad y la prevención y atención integral a las víctimas de la violencia de género.

En este marco jurídico y normativo se configura el Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género “Objetivo Violencia Cero”, dando forma a las directrices de funcionamiento del mismo a través del Acuerdo 130/2015, de 10 de septiembre. Cinco son las claves distintivas de este modelo de atención que condicionarán el desarrollo futuro de todos los elementos expuestos: la integración en el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública; el enfoque proactivo que incida en la detección precoz de las situaciones de maltrato; la atención integral centrada en la persona, reflejada en un proyecto individualizado que materializa la filosofía del modelo, una mujer, una respuesta; **la colaboración institucional y el trabajo en red, entendido como colaboración estable y permanente entre profesionales.**

Es en estas directrices donde se determina, el perfil de las personas destinatarias del modelo de atención; cuáles son sus principios rectores; quienes tienen la consideración de agentes y colaboradores del mismo; las fases del proceso de atención, donde juegan un papel imprescindible los profesionales de los servicios de los diferentes ámbitos como sanidad y educación, entre otros; las prestaciones y actuaciones que el modelo ofrece, donde se recogen como medidas de apoyo, todos aquellos planes sectoriales (sanidad, educación, empleo, inmigración, etc.) que contengan medidas o acciones contra la violencia de género o de atención directa a las víctimas de este tipo de violencia; los cauces para canalizar la participación y solidaridad ciudadana en el modelo de atención; y por último, las medidas de seguimiento del funcionamiento del modelo de atención, y su distintivo.

En el año 2008 la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León decidió incorporar a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, un servicio de detección sistemática de VG a todas las mujeres mayores de 14 años y otro de atención a las víctimas detectadas, que incluye una valoración integral, la identificación de las necesidades y demandas y la canalización de las mismas.

Desde que se inició en Castilla y León este proyecto, se ha proporcionado formación en VG a muchos profesionales, y se ha desarrollado el servicio de detección y atención a la VG. Este servicio se evalúa anualmente, y, aunque el esfuerzo ha sido notable y hemos asistido a cambios en la práctica de los profesionales, aún estamos lejos de conseguir el objetivo de prevenir, detectar pronto y actuar más eficazmente cuando la situación de VG es ya un hecho. Su abordaje es complejo y requiere un esfuerzo de formación importante y continuado, así como el apoyo y recursos para dar respuesta a las necesidades de las víctimas.

A través de esta guía se pretende concienciar a los profesionales de su papel y responsabilidad como sanitarios ante el problema de la violencia de género, y proporcionar herramientas de ayuda para facilitar la detección y la respuesta a las necesidades de las mujeres que sufren VG.

Se incluye en sus diferentes apartados, la prevención, la detección precoz, la intervención, los aspectos éticos y obligaciones legales de los profesionales, e indica los criterios de derivación a los diferentes recursos. Asimismo recoge las vías de actuación en función de la puerta de entrada de la víctima al sistema sanitario.

Esta Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres promueve, ante todo, una actitud proactiva para la prevención y detección ante cualquier mujer, estar especialmente alerta ante situaciones de vulnerabilidad, y una actitud de compromiso de intervención respetuosa y segura ante la detección de un caso.

Esperamos y deseamos que esta Guía constituya una herramienta útil para los profesionales de los servicios sanitarios en su consulta diaria y por ello quiero finalizar agradeciendo a todos, autores y colaboradores, el esfuerzo realizado en la elaboración de la misma.

Antonio María Sáez Aguado
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

1. JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento de la violencia de género en todas sus formas como un problema prioritario de salud tiene su justificación en las dramáticas consecuencias para la salud que el maltrato tiene en las mujeres que la sufren y en sus hijos e hijas. Otra de las razones de esta prioridad es la alta prevalencia en la práctica totalidad del mundo, si bien con diferencias ostensibles de unos países a otros.

El abordaje de la violencia de género en los servicios de salud tiene que ver en primer lugar con la protección y el respeto a los derechos de la mujer[2]:

- El principal sería el derecho a la vida de la mujer, en riesgo por la violencia de género.
- El derecho a la salud, sin el menoscabo que genera la VG en la salud y bienestar de las mujeres, con servicios de salud de buena calidad, disponibles, accesibles y aceptables para ellas.
- El derecho a la autodeterminación, a tomar sus propias decisiones, incluidas las decisiones de carácter sexual y reproductivo, para rehusar tratamientos médicos y para emprender acciones legales.
- El derecho a no ser discriminada en los servicios de salud por motivos de sexo, raza, etnia, casta, orientación sexual, religión, discapacidad, estado civil, ocupación e ideología política.
- El derecho a la intimidad y la confidencialidad, en la atención sanitaria.
- El derecho a la información, a ser informada, saber qué información se ha recogido acerca de su salud y a acceder a dicha información.

Para ello debemos asegurar en la atención sanitaria de nuestra comunidad un trato equitativo para todas las personas y además, **trabajar con perspectiva de género**, teniendo en cuenta las diferencias en necesidades y preocupaciones específicas entre hombres y mujeres debido a la diferente socialización que han tenido. La existencia de una desigualdad de poder entre mujeres y hombres va a tener como consecuencia que las mujeres tengan menor acceso a recursos económicos y a la información, sobre todo en ciertos sectores de la población, y en consecuencia, menor libertad para decidir por sí mismas; además, las mujeres que sufren violencia pueden ser culpadas y estigmatizadas, pueden sentir vergüenza y baja autoestima.

Por ello los/as sanitarios debemos trabajar para fomentar la igualdad, promover la autonomía y la dignidad de la mujer, siendo conscientes de esta dinámica de poderes y de las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres, reafirmando su valor como personas, escucharlas, creerlas y tomar con seriedad lo que nos cuentan, abstenernos de juzgarlas o culparlas y ofrecerles la información necesaria para ayudarlas a que tomen sus propias decisiones.

Los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015[3], reflejan que, el 22,36% de las mujeres que han sufrido violencia de su pareja o expareja, han acudido a algún servicio médico a solicitar ayuda. Además, la asistencia sanitaria es el servicio que más satisfacción genera entre las mujeres víctimas de violencia de género, de todos los servicios de ayuda por los que preguntaba la encuesta. La misma opinión manifiestan las mujeres en un estudio cualitativo realizado en Castilla y León, donde teniendo en cuenta los distintos ámbitos de atención, valoran en general positivamente la ayuda prestada por los y las profesionales sanitarios. Asimismo consideran en general positiva la actuación de FFSS y los Servicios

Sociales y la institución peor valorada resulta ser el sistema judicial donde se han sentido con alguna frecuencia victimizadas, llegando a cuestionar algunas mujeres si mereció la pena denunciar la situación[4] .

La OMS considera que los profesionales de la salud tienen un papel relevante e insustituible en la detección de este problema y en la atención a las víctimas[5]. El mundo sanitario ha permanecido ajeno a este problema hasta hace escasas décadas, pero el conocimiento actual de la extensión y consecuencias del maltrato, así como su coste sanitario y social, obliga a sus profesionales a asumir un papel activo frente al mismo.

Para abordar eficazmente este problema de salud, es necesaria **la formación** de los y las profesionales en su manejo y afrontamiento, y no sirven argumentos sobre la ausencia de formación reglada en el pregrado y en el postgrado. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de adquirir la capacitación necesaria para proporcionar atención de calidad ante problemas emergentes, como se ha hecho ante otro tipo de problemas con un impacto en la salud notablemente menor que los malos tratos.

En 2006 el Ministerio de Sanidad incorpora a la cartera de Servicios de SNS la detección y atención a la VG, publicando un año después el Protocolo Común de actuación Sanitaria ante la VG[6] .

Castilla y León incorpora a su Cartera los servicios de detección y atención a la VG en 2008 (se definen en el Anexo I los criterios de calidad relacionados con las intervenciones incluidas en la cartera de servicios de Atención Primaria), y en 2010 pública la guía de Atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres de Sacyl[7], con un contenido eminentemente práctico. Tiene como objetivo orientar a los y las profesionales en su actuación ante las víctimas de violencia, proporcionando una cierta homogeneidad en las pautas de intervención, en la detección, en la atención tras el diagnóstico, en los criterios de derivación y actividades de registro y codificación y, aunque puede ser útil en cualquier ámbito, está dirigida a todos/as los/as profesionales sanitarios.

Desde su elaboración, en nuestra comunidad se ha avanzado en el conocimiento de este problema de salud, formando a muchos/as profesionales y trabajando por la atención integral de las mujeres y los niños y niñas que lo sufren. En los últimos años hemos podido observar el impacto que la disminución de la formación en VG de profesionales motivada por la crisis económica ha tenido en la disminución de la detección en los servicios de salud, hecho que nos preocupa y que exige un impulso en la sensibilización y formación, así como en el apoyo en la gestión de los casos.

Por eso, esta nueva guía persigue, en primer lugar la actualización, incorporando nuevas evidencias, algunos cambios organizativos y mejoras guiadas por la experiencia y la evaluación de años de formación y de implantación de servicio, y en segundo lugar a través de esta guía, se trata de alentar a todos los/as profesionales que trabajan con mujeres y niños a formarse y prepararse lo mejor posible para ser capaces de detectar y enfrentarse adecuadamente a la VG, un problema sanitario y social complejo. Problema que requiere de la coordinación entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales para dar una respuesta efectiva. Dicha coordinación es necesaria para garantizar la prestación de los recursos de cada ámbito de forma integrada, que asegure a todas las mujeres víctimas de violencia de género, así como a sus hijos e hijas y a las personas dependientes de ellas una atención integral y la seguridad e integridad que cualquier persona tiene que tener garantizadas como un derecho propio.

2. DEFINICIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia de género fue **definida por la Organización de Naciones Unidas** (ONU, 1993)[8] como "todo acto de violencia 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 de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada".

Este tipo de violencia específica contra la mujer, es una violencia instrumental, ya que tiene como fin mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende muchos tipos de conductas: reclusión, agresiones y acoso sexual, tráfico de niñas y mujeres, incesto, mutilaciones genitales, abortos selectivos, infanticidios, violaciones masivas como arma de guerra, comercio sexual, discriminación laboral y social y el maltrato a las mujeres por su pareja.

El **Consejo de Europa (Convención Estambul 2011)** definió la violencia contra la mujer como "todos los actos de violencia de género que resultan o pueden resultar en, daño físico o sexual, psicológico o económico a las mujeres, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la vida privada[9], incorporando la violencia económica a la anterior definición.

En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género[10,] se refiere a la violencia de género como: "la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad".

En la Ley 13/2010 contra la Violencia de Género de Castilla y León[11] quedan incluidas dentro de su ámbito de aplicación la violencia física, psicológica, sexual, económica, tráfico y trata, tradiciones culturales que atenten contra los derecho humanos, acoso sexual, acoso laboral por razón de género y cualquier otra forma de violencia que lesión o sea susceptible de lesionar la dignidad, integridad o la libertad de las mujeres basada en la pertenencia al sexo femenino.

Entendemos por **violencia contra las mujeres por la pareja o expareja**, aquellas agresiones o conductas violentas que se producen en el ámbito privado, en el que el agresor tiene o ha tenido una relación afectiva con la víctima, y tiene como fin el sometimiento de la mujer. Se inicia generalmente en los estadios precoces de una relación con conductas de control y maltrato de baja intensidad difícilmente identificables por la víctima, y evoluciona progresivamente hacia conductas más violentas y frecuentes que menoscaban la integridad de la mujer a nivel físico, psicológico y social. En este tipo de violencia existen dos elementos importantes que explican la cronicidad de la misma: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

La violencia hacia las mujeres en la pareja, es la más frecuente de las expresiones de la violencia de género, y también la más oculta y tolerada en razón a la privacidad del contexto donde tiene lugar. Es a este tipo de violencia a la que está dirigido prioritariamente esta guía. Otros tipos de violencia de género, como la violencia sexual por extraños, la mutilación genital femenina (MGF), o la trata con fines de explotación sexual, se trataran brevemente en el Anexo II: Violencia Sexual.

En 2015 con la nueva ley del menor (Ley 26/2015, de 28 de julio[12] de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) se reconoció a **los hijos/as menores de una mujer que sufre violencia de pareja, como víctimas directas de la violencia**, lo que supuso la modificación de la ley de violencia de género para incluirlos.

Tipos de Violencia

1. Psicológica: Actos que atentan contra la dignidad de las mujeres y contra su integridad emocional de forma intencionada como: insultos, humillaciones, desprecios, amenazas (de muerte, de abandono, de agresión, de separación de los sus hijos e hijas,…), acoso, control de movimientos, manipulación emocional, hacerle sentir culpable, impedirla tomar decisiones, impedir su desarrollo profesional, ridiculizar sus ideas y creencias, menospreciar a las personas y destruir objetos queridos por ella.

2. Sexual: Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abusos, violación, presión para mantener relaciones sexuales o prácticas sexuales no deseadas.

3. Física: Lesiones infligidas de forma intencionada con el fin de producir daños corporales: golpes, quemaduras, agresiones con armas, empujones, patadas, negarle las necesidades básicas (asistencia médica, manutención, descanso).

4. **Violencia o abuso económico:** Son todas aquellas acciones u omisiones que afectan la economía y subsistencia de las mujeres, a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, en la restricción, limitación y/o negación injustificada para obtener recursos económicos. Ejemplos de estas conductas son: negarle el dinero para los gastos para la supervivencia familiar, alimentación, salud, vestido; exigirle control desproporcionado de compras básicas, impedirle tener un trabajo remunerado, no pasarle la pensión de manutención para los hijos, adueñarse de sus propiedades, entre otras.

3. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La etiología de la violencia de género es compleja y multifactorial. Es necesario tener una visión del problema desde la perspectiva de género para comprender la génesis del mismo, ya que sólo así podremos abordarlo con intervenciones dirigidas a tratar sus causas y no sólo sus consecuencias[13],[14] .

En la génesis de la violencia de género está la desigualdad real entre hombres y mujeres en la sociedad sustentada por el patriarcado, que desde el nacimiento asigna unos roles diferenciados según el sexo, dando más valor a lo masculino sobre lo femenino, y limitando el desarrollo de las mujeres en igualdad de derechos y oportunidades.

La OMS utiliza para explicarlo un “modelo ecológico” con los factores que actúan y la interrelación entre ellos:

- Factores sociales: normas que autorizan el control de los hombres sobre las mujeres en el modelo social patriarcal. Serían las actitudes socioculturales y estereotipos respecto a la masculinidad y feminidad asignando una relación de dependencia y sumisión de la mujer respecto al hombre. Aunque se están produciendo cambios sociales importantes aún persisten de forma más sutil estos roles y valores.
- Factores comunitarios: aislamiento de la mujer, falta de apoyo social, menor acceso a la formación, trabajos más precarios, mayor nivel de pobreza, exclusión de la vida pública y el poder.
- Factores relacionales: estilos de la relación de pareja (jerárquica/asimétrica), control del dinero y de la toma de decisiones.
- Factores individuales: propios de la historia biográfica: personalidad, historia de abusos o violencia en la familia de origen o en anteriores relaciones, rechazo parental, trastornos psicopatológicos, abuso de drogas y alcohol.

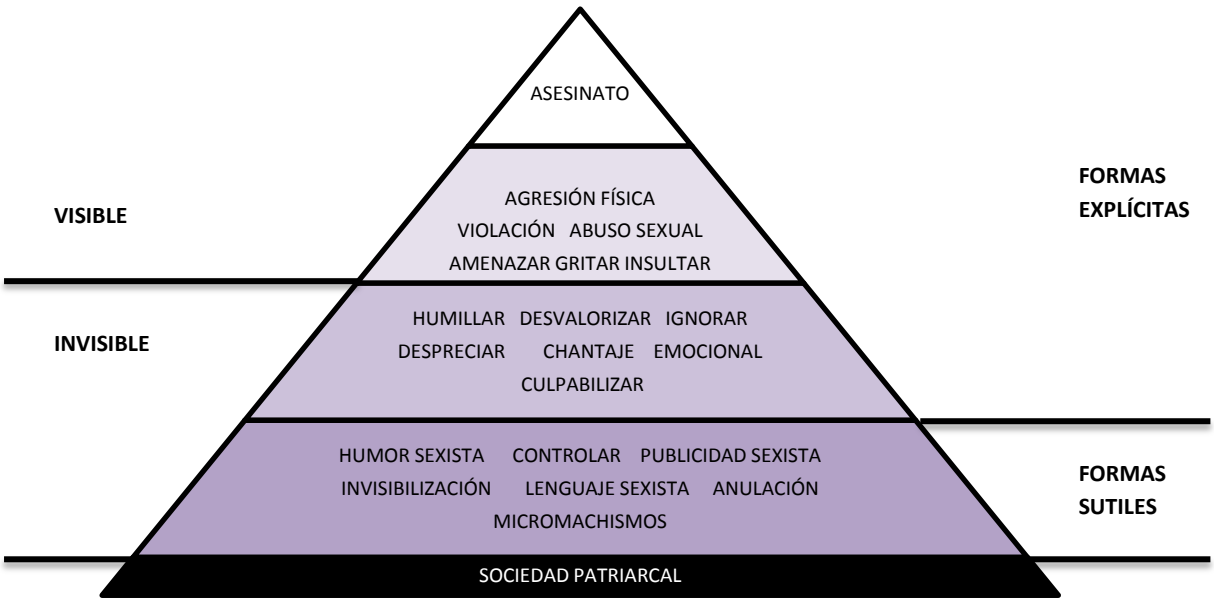
Los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia son la desigual posición de poder de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una «cultura de la violencia» y su aceptación en la resolución de conflictos.

Este modelo se expresa gráficamente en la Pirámide de la Violencia de Género (Figura 1):

En la base de la violencia estará la educación sexista, la publicidad machista, y los micromachismos, formas sutiles de discriminación que tenemos asimiladas y normalizadas y que son muy difíciles de cambiar al ser invisibles si no se analizan con perspectiva de género.

La clave del cambio va a ser la educación de los niños, niñas y adolescentes en igualdad real, para que sean capaces de analizar estos comportamientos y no reproducirlos. Para ello, es necesario un compromiso de todos los agentes de la sociedad que lleve a eliminar esta discriminación por género, que al final es la causa de la violencia.

Figura 1. Pirámide de la violencia de género basada en el "Iceberg de Amnistía Internacional [15]



Proceso de la violencia en la relación de pareja

La violencia hacia la mujer en la pareja nunca es un hecho puntual o aislado. Se trata de un proceso que suele comenzar de forma insidiosa con tácticas coercitivas sutiles o tipos de violencia de baja intensidad, en el marco de una relación de desigualdad. Las actitudes de dominio y de control se suelen encubrir por expresiones de afecto y protección por parte del agresor que no son identificadas por la mujer como maltrato. El abuso evoluciona aumentando de intensidad y frecuencia y se alterna con episodios de "arrepentimiento" y amabilidad. Generalmente, es un desarrollo temporal no lineal sino cíclico y progresivo, denominado por Lenore Walker en 1979 como ciclo de la violencia. Esta autora describe tres fases:

- Primera fase de *acumulación de tensión:* en la que el maltratador se muestra hostil e irritable con conductas contradictorias e impredecibles que la mujer no puede controlar, lo que le crea dudas de su propia capacidad, ansiedad creciente y miedo.
- Segunda fase de *explosión de la violencia*: aparecen las agresiones (físicas, psicológicas y/o sexuales). La mujer se siente indefensa, a veces culpable, con miedo, soledad y vergüenza. En esta fase es cuando suele acudir a pedir ayuda profesional, y puede ser una oportunidad para la intervención y la ruptura del ciclo.
- Tercera fase *de reconciliación o "luna de miel*": el agresor manifiesta arrepentimiento y promete cambiar. La mujer tienen esperanzas de cambio y se refuerza el mantenimiento de la relación y se retrasa o se retira la petición de ayuda o la denuncia. Tras un tiempo variable vuelve a reproducirse la fase de tensión, reiniciándose el ciclo una y otra vez. La fase de reconciliación es cada vez más corta convirtiéndose en una espiral de violencia.

Mientras avanza este proceso la mujer se va quedando sin apoyos sociales, se encuentra aislada, desorientada, agotada psicológicamente, con poca autoestima, dependiente del agresor, con lo cual va siendo más difícil la petición de ayuda y no ve expectativas de cambio a su situación.

4. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia real de la violencia contra las mujeres en la pareja es desconocida aunque diferentes estudios a nivel internacional y también en nuestro país, aportan cifras alarmantes.[16]

En un estudio realizado en 2013 por la OMS (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas[17]), basado en los datos de más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros. La mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja. A nivel mundial, cerca de un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones la cifra es mucho mayor. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

En España la prevalencia real es desconocida, aunque seis encuestas poblacionales realizadas desde 1999, a 2015 nos dan una idea de la extensión de este problema. Según la Macroencuesta[3] realizada en España en

2015, un 12,5% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

En Castilla y León, los datos de estas macroencuestas superaron las de la media nacional: 12,7% (1999) y 10,27 % (2006). Si extrapolamos estos resultados, supondría que más de 100.000 mujeres en Castilla y León, tendrían criterios técnicos de maltrato, aunque en muchos casos no lo identifiquen como tal.

Según datos del CGPJ, en Castilla y León durante 2016 se produjeron 4.633 denuncias por violencia de género.

Los datos de prevalencia de VG obtenidos en estudios con mujeres que acuden a consulta de atención primaria por cualquier motivo aportan cifras que duplican o triplican las obtenidas en las encuestas poblacionales, tanto en estudios internacionales como nacionales[18 19 20]; sin embargo el nivel de detección es muy bajo, y se estima que se conoce menos de un 10 % de lo que realmente existe. En un estudio de prevalencia en Atención Primaria (11.475 mujeres) de ámbito estatal, encuentran que el 24,8% (23,4% – 26,3%) de las mujeres encuestadas refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida y el 15,1% durante el último año. En Castilla y León el 20% de las mujeres atendidas en AP habían sufrido malos tratos a lo largo de la vida y el 11,2 % en el último año[20].

5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La violencia de la pareja tiene siempre repercusión en la salud física y psicológica de las mujeres que la sufren, y sus secuelas persisten con frecuencia incluso tras salir de la relación de abuso. La OMS ha identificado la VG como un factor clave del deterioro de la salud con consecuencias a veces irreparables para las mujeres y sus hijos.

En la tabla siguiente se describen las consecuencias para la salud de las mujeres que pueden tener un grado de gravedad variable, hasta ser fatales para la vida de las mujeres.

Tabla 1. Consecuencias para la salud del maltrato[21,22,23,24,25,26,27]

CONSECUENCIAS FATALES
- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA
- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,…
- Deterioro funcional
- Peor percepción de su estado de salud
-Discapacidades secundarias

CONSECUENCIAS EN LAS CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD:
- Dolor crónico
- Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, raquialgias, dolor torácico)

- Síndrome de intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, dispareunia, dolor pélvico crónico, 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 por somatización
- Síndromes funcionales: malestar psicosocial
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Intento de suicidio
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos
- Dependencia psicológica del maltratador
- Alteraciones de su estado emocional: Disminución de su autoestima, deterioro de su iniciativa y de su capacidad de reflexión, culpa, desconfianza en los demás y en sí mismas

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL
- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del nivel socio económico
- Disminución del número de días de vida saludable

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJAS, HIJOS Y CONVIVIENTES
- 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 o la pareja de la madre.
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia
- Trastorno del apego o la vinculación
- La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

Además de estas importantes consecuencias para la salud de las mujeres, no podemos olvidar los **costes sociales y económicos** que supone la violencia de género a nivel global.

Son muchos los costes sociales debidos al absentismo laboral y las bajas médicas a consecuencia de este proceso, con una disminución de la productividad. Además está documentada la hiperfrecuentación sanitaria de estas mujeres con los gastos de recursos sanitarios que ello supone. Se añadirían los recursos sociales de las mujeres que lo necesiten (recursos habitacionales, reinserción laboral, ayudas económicas, etc.), costes judiciales, así como policiales, y los penitenciarios del agresor.

Los costes económicos directos de atención de salud relacionados con la violencia de pareja pueden llegar a niveles excepcionalmente altos. En Estados Unidos, se estima que el coste en salud de las mujeres que sufren violencia física es un 42% más alto[28] que el de las mujeres que no sufren maltrato.

Un estudio reciente a nivel mundial[29] calcula que el coste económico total alcanza al menos el 5% del producto interior bruto, más del doble de lo que la mayoría de los gobiernos gastan en educación primaria, superando las estimaciones de estudios previos en USA y U.K[30], [31]

Un estudio de 2014 realizado en Reino Unido[32], destacaba que la mitad del coste que se dedica a la violencia de género, es debido al impacto físico y psíquico que causa la violencia. Otro 13 % sería el coste de la producción económica perdida. El coste de los servicios supondría el resto, de estos servicios la mayoría de recursos se dedicaría a la justicia, seguida de los servicios de salud y los sociales. Resaltan que muy poco presupuesto se gasta actualmente en prevención de la violencia.

En España, en Andalucía se publicó un estudio en 2004 donde se cuantificaron los costes directos e indirectos que suponía la violencia hacia las mujeres ejercida por sus parejas y sólo los costes directos representaban el 0.9% del PIB de Andalucía [33].

6. LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

6.1. Dificultades para la detección

La OMS concede una extraordinaria importancia a los servicios de salud en la detección y atención a mujeres que sufren VG[34],[35],[36],[37] sin embargo, el diagnóstico del maltrato por parte de los y las profesionales sanitarios es bajo y ello a pesar de la alta frecuentación por las mujeres que lo sufren, sobre todo de los servicios de Atención Primaria, Urgencias y Salud Mental. Este hecho quizás tiene que ver con la falta de reconocimiento de la violencia de género como problema de salud hasta hace relativamente poco tiempo, pero posiblemente también con otros motivos como la inseguridad en el manejo, prejuicios respecto al problema y barreras que tienen que ver con la subjetividad de los profesionales y que hacen del maltrato un problema complejo.

Las principales organizaciones en salud, y numerosas instituciones y autores, coinciden en reconocer el importante papel que el sistema sanitario pueden jugar en el abordaje de la VG, considerando los servicios de salud un lugar accesible y seguro, idóneo para la detección precoz y la intervención con mujeres en situación de maltrato y, particularmente los profesionales de atención primaria, están en una situación privilegiada para ello.

¿Por qué resulta tan difícil el abordaje del maltrato en el ámbito sanitario?

Numerosas estudios han investigado la actitud de los y las profesionales ante la VG y han tratado de identificar las barreras para la detección y la atención a las personas que sufren VG[38],[39],[40],[41].

Los y las profesionales no tienen el hábito de preguntar por la existencia de maltrato, algo que han constatado algunos estudios. Por otra parte, las mujeres tardan en pedir ayuda (entre 5 y 10 años pueden pasar hasta que la mujer decide revelar los hechos y pedir ayuda, a pesar de ser conductas reiteradas).

Existen barreras relacionadas con el profesional, con la víctima y con el propio proceso de maltrato que dificultan la detección y la intervención. Algunas de las razones de los sanitarios y de las mujeres se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Razones por las que los profesionales no preguntan y por las que la mujer no revela la situación de maltrato

El profesional no pregunta por:

-Temor a molestar a la mujer e invadir su intimidad
- Dificultad para hacer este tipo de preguntas a la mujer
- No saber cómo tratarlo una vez detectado
- No considerarlo un problema de salud
- Tener internalizados mitos y estereotipos sociales sobre la violencia de género
- Dudas de que el sistema pueda ofrecerle una solución a estos problemas
- Incomodidad ante las reacciones de la víctima
- Inseguridad en el manejo del problema
- Dudas respecto a la veracidad del testimonio de la mujer
- Falta de tiempo en la consulta
-Temor a implicarse demasiado
- Insuficiente preparación para abordarlo
- Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género

La mujer no revela la situación de maltrato por:

-Falta de reconocimiento del abuso
-Esperanza en que la situación cambie
-Miedo a represalias en ellas o en sus hijos
-Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa
-Situación psicológica de la mujer
-Tolerancia a los comportamientos violentos
-Dependencia psicológica y/o económica de la mujer respecto a su pareja
-Sentimientos de ambivalencia o inseguridad
-Miedo al sistema judicial
-No saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir
-Falta de apoyo familiar, social o económico
-Miedo a que no se respete la confidencialidad
-Situación emocional: Disminución de su autoestima, falta de confianza en sí misma y en los demás, disminución de su capacidad de iniciativa y de su capacidad de reflexión en lo que la está pasando
-Valores y creencias culturales y religiosos

La principal razón por la que los profesionales no preguntan es porque piensan que puede molestar a la mujer, a pesar de que diversos estudios [37, 38] demuestran que no sólo no les molesta sino que lo consideran una señal de interés del profesional hacia ellas, aunque no padezcan esta violencia.

“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 de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas mujeres están esperando, silenciosamente, que alguien les pregunte”

Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario” 1998

En cuanto a las víctimas, en las primeras fases es frecuente la *falta de reconocimiento del abuso*. Más adelante, aunque la mujer sea consciente del maltrato, puede mostrar resistencias a comentar su situación con el profesional sanitario. Las razones tienen que ver con sentimientos de *vergüenza o culpa,* la sensación *de fracaso y la esperanza de que la situación cambie*. Otras de las razones frecuente es el ***miedo*** a posibles represalias del agresor hacia ella, hacia los hijos e hijas, a no saber de qué vivir o a donde ir, miedo al sistema judicial, a que la confidencialidad o sus decisiones no sean respetadas. La propia dinámica del maltrato, que se instaura de forma paulatina con conductas de control que con frecuencia la mujer no identifica como maltrato dificultan el reconocimiento por parte de la mujer; los malos tratos psicológicos que van minando su seguridad y autoestima, hacerla sentir culpable de lo pasa, el aislamiento, fomentando su dependencia del maltratador; todo ello provoca en las víctimas desestabilización, confusión, inseguridad, miedo, unido a veces a la ambivalencia respecto a los sentimientos hacia el agresor. Esta ambivalencia resulta difícil de comprender para un profesional que desconozca el proceso de génesis y mantenimiento de la violencia en la pareja y, puede ser causa de errores en el abordaje del problema.

Es frecuente que las personas que son víctimas de relaciones violentas, acudan a consulta por las consecuencias del maltrato a nivel físico o psicológico, sin hacer referencia la violencia padecida y, es responsabilidad del profesional estar alerta e identificar estos indicadores de sospecha, detectar el maltrato, dar la atención adecuada y canalizar las posibles demandas.

6.2 El papel de los servicios de salud[42]

En nuestro país se reconoció la violencia de género de forma explícita como problema de estado y así se expresa en los “Planes de Acción Contra la Violencia Doméstica” desarrollados a nivel estatal. Posteriormente se recoge el papel de los Servicios de Salud en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que contempla aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las mujeres víctimas de la VG en la pareja. También hay que citar la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que al combatir la discriminación subyacente a la violencia, contribuye a prevenirla. Finalmente el Ministerio de Sanidad decidió incluir la atención a la Violencia de Género dentro de los Servicios Comunes para todo el Sistema Nacional de Salud y publicar el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [43].

Del mismo modo, los planes de actuación contra la violencia de la Comunidad de Castilla y León y el actual Plan Autonómico para la Igualdad de oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Genero en Castilla y León 2013-2018 lo contemplan entre sus objetivos.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye la detección sistemática de VG a todas las mujeres mayores de 14 años, la identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad, la valoración y la canalización de las necesidades y demandas (Anexo I).

Es importante resaltar, que muchas de las mujeres consiguen salir de la situación pero, durante el proceso de violencia, el maltratador va minando las cualidades de resiliencia[1] de la mujer y puede interferir en las que puedan desarrollar los hijos e hijas. Por eso los profesionales sanitarios (junto a otros profesionales que traten a la mujer) podemos fomentarlas como **"tutores de resiliencia**" reconociendo sus fortalezas y apoyando sus propias estrategias de afrontamiento**,** acompañando a la mujer en su proceso para romper el aislamiento en que a veces están inmersas[44].

Estas mujeres tienen necesidades específicas y múltiples, requiriendo intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es decir una atención integral. Para ello es necesario trabajar en equipo, coordinándose desde todos los ámbitos sanitarios y sociales. Se conoce que las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Es muy importante saber que la exposición al maltrato de los hijos/as de la mujer que sufre VG tiene consecuencias para su desarrollo físico, psicológico, de aprendizaje, de comportamiento, y se considera que esta exposición tiene los mismos efectos en los niños que el maltrato directo. Por ello cuando se detecte un caso de VG se investigará siempre si tienen hijos e hijas convivientes, y en caso afirmativo se pondrá en conocimiento del Pediatra de AP y se trabajará con ellos desde los servicios que sean necesarios: atención psicológica, orientación pedagógica y cuando sea necesario se comunicará a los servicios de protección a la infancia. También los pediatras pueden detectar o sospechar situaciones de maltrato de la pareja a través de los hijos e hijas y lo deberán poner en conocimiento de sus profesionales de referencia dentro del EAP; si se detectan situaciones de violencia hacia los padres por parte de menores deberá ponerse en conocimiento del trabajador/a social y su médico/a de familia.

Como hemos comentado anteriormente, la base para realizar una adecuada detección y una buena atención está en la sensibilidad de los/as profesionales ante el problema y en su capacitación para un abordaje profesional adecuado. Además deben tener información actualizada de los circuitos de atención y los servicios sociales y de apoyo que existen, para canalizar sus demandas y trabajar de forma coordinada.

7. ACTUACIONES SANITARIAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Hasta ahora la actuación de los servicios de salud en relación al maltrato a la mujer ha estado orientada fundamentalmente a la atención tras el diagnóstico; sin embargo los retos actuales son la prevención, la detección precoz y el abordaje profesional adecuado; en concreto se debería dar respuesta, como ante cualquier otro problema de salud, a **tres preguntas clave**:

---

[1] *Resiliencia*: Es la capacidad de la persona para sobreponerse a situaciones traumáticas, recuperar el equilibrio e incluso salir reforzado de las mismas. Más que una cualidad individual hoy se considera un proceso comunitario y cultural, en el que pueden intervenir factores no sólo individuales, sino que también familiares, comunitarios y sociales.

-¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia?

-¿Qué se puede hacer para detectar precozmente?

-¿Qué hacer para, detectado el problema, minimizar sus consecuencias?

Para ello es especialmente necesaria una atención integral y un abordaje integrado y coordinado entre profesionales, niveles asistenciales y sectores, es decir, que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que además contemple una estrategia sustentada en cuatro ejes de intervención, como contemplan diversos autores y protocolos de intervención[45], [46], [47], [48].

1. Prevención primaria

2. Prevención secundaria: diagnóstico precoz

3. Prevención terciaria: intervención ante el caso detectado

- En el campo social, sanitario, psicológico y judicial
- Prever las condiciones y poner los recursos para el éxito de la intervención
- Puesta en marcha, seguimiento y evaluación de la intervención

4.- Adaptación de las intervenciones a los diferentes contextos de actuación

7.1. Prevención primaria

¿Qué podemos hacer para disminuir la incidencia de la violencia de género?, ¿Cómo incidir en las causas? Como ya se ha dicho, la violencia es un problema complejo y multifactorial cuyas raíces se encuentran no sólo en factores personales, sino en factores comunitarios y sociales. La prevención primaria es un reto social, ya que se trata de una violencia estructural y debe por tanto estar orientada al cambio en los valores y en la cultura que ha permitido e incluso autorizado la desigualdad entre los hombres y las mujeres.

Esto hace que el abordaje preventivo de la violencia sea necesariamente complejo, y deberá por tanto tener líneas de intervención diversas, dirigidas a los individuos, a las familias, a las comunidades y a la sociedad en general. El cambio hacia una cultura igualitaria y no violenta, para ser eficaz, tiene que impregnar a toda la estructura social (sistema educativo, medios de comunicación, sistema judicial, sistema sanitario,..) y exige el compromiso de gobiernos, instituciones y ciudadanía.

En prevención primaria el papel del personal sanitario es limitado. Las actuaciones que pueden realizar los profesionales sanitarios, estarían orientadas a:

7.1.1. Intervenciones educativas: Educación para la salud

ATENCIÓN AL EMBARAZO Y CRIANZA. En el marco de los talleres de educación maternal y paternal, se recomienda promover la participación también de los padres en los mismos, pues, aunque está en cartera de servicios, la participación es aun escasa en general. Asimismo se aconseja incluir en los contenidos educativos la implicación de los padres en el embarazo, parto, la corresponsabilidad en la crianza, y en las

tareas domésticas, el buen trato y el maltrato en la relaciones de pareja. (Ver también apartado de Maltrato en situaciones de vulnerabilidad, Maltrato y embarazo).

ATENCIÓN A LA INFANCIA: desde la consulta de pediatría y enfermería se puede trabajar en las revisiones del niño/a sano/a la educación en igualdad, prevención del acoso escolar y promoción de las relaciones de buenos tratos en la familia y grupos de amigos/as.

ATENCIÓN A LA JUVENTUD Y ADOLESCENCIA: es necesario acercarse más a los/las jóvenes incluyendo actuaciones colaborativas en los institutos y colegios orientadas a la promoción de la educación en igualdad, que es la mejor forma de prevención de la violencia de género. Se deben visibilizar modelos sociales sexistas, el mito del amor romántico, las relaciones de poder/sumisión entre jóvenes, y el acoso en las redes sociales informáticas, y es necesaria la promoción en este ámbito los buenos tratos y una sexualidad sana.

GRUPOS DE MUJERES con malestar psicológico: a través de la educación grupal se trabajan los roles de género, la violencia sexista y se trata de mejorar el autoconocimiento y empoderamiento de las mujeres. Además de ser una herramienta de mejora de la salud psicológica y psicosomática, puede ayudar a detectar y reconocer la violencia machista y promueve la creación de redes sociales entre mujeres.

GRUPOS DE HOMBRES en los que se trabaje malestar emocional o psicológico: abordando conductas de riesgo, construcción de la masculinidad y conflictos con los roles tradicionales, y promoviendo relaciones de buenos tratos y corresponsables.

GRUPOS DE CUIDADORES Y CUIDADORAS FAMILIARES: Se trata de un colectivo feminizado cuyo papel tiene mucho que ver con roles de género, y puede ser un buen contexto para trabajar autoestima, buen trato, y empoderamiento, además de dar formación y apoyo psicosocial a los cuidadores y en su mayoría cuidadoras, que a veces están muy sobrecargadas y necesitan un ámbito donde compartir sus necesidades y ser comprendidas.

7.1.2. Identificar personas con riesgo de sufrir o infligir malos tratos

- Mujeres en riesgo de sufrir maltrato: La violencia de género ocurre en mujeres de cualquier edad, en todas las culturas, cualquier nivel económico y educativo, por tanto, no existe un perfil de mujer maltratada, aunque podemos encontrar factores que aumentan la vulnerabilidad y otros que se asocian con mayor frecuencia a situaciones de maltrato según reflejan diferentes estudios realizados al respecto. Los factores más frecuentes se exponen en la tabla 3.

- Hombres en riesgo de maltratar: los tres factores, que según algunos estudios, se relacionan más frecuentemente con conductas maltratantes son: haber vivido situaciones de violencia en su familia de origen, desempleo o empleo intermitente y alcoholismo (tabla 3)[49].

- Niños y niñas con riesgo de ser testigos o víctimas de violencia.

7.1.3. Identificar situaciones que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad

Todas aquellas situaciones que alteran el equilibrio de la dinámica familiar, como son la precariedad laboral y económica, la dependencia, el aislamiento social, las separaciones, el embarazo, duelos y otras crisis vitales, pueden favorecer o ser desencadenantes de situaciones de violencia contra la mujer.

El personal sanitario deberá estar alerta ante cualquier mujer mayor de 14 años, que presente alguno de los factores o situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, con el fin de poder intervenir precozmente mediante medidas de apoyo psicosocial y sanitario.

Tabla 3.- Factores asociados y situaciones de mayor vulnerabilidad para ser mujer maltratada y hombre maltratador

Factores de vulnerabilidad para ser mujer maltratada

- Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen
- Haber sufrido maltrato de pareja en relaciones anteriores
- Bajo nivel cultural.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima.
- Sumisión y dependencia.
- Embarazo.
- Desequilibrio de poder en la pareja.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Mujeres que consultan por problemas de salud mental
- Personas con discapacidad física o psíquica
- Aislamiento y escasa red social (inmigrantes)

Factores asociados a ser maltratador

- Experiencia de violencia en su familia de origen.*
- Alcoholismo.*
- Desempleo o empleo intermitente.*
- Pobreza, dificultades económicas.
- Hombres violentos, controladores y posesivos.
- Baja autoestima.
- Concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer.
- Aislamiento social.
- Vida centrada exclusivamente en la familia.
- Trastornos psicopatológicos (celotipia).

**Estos tres factores son los más claramente relacionados con conductas maltratantes según algunos estudios*

Conviene recordar la limitada validez de los “perfiles de riesgo” tanto para ser mujer víctima de violencia, como para el victimario, por ello hemos preferido llamarlos factores que se asocian con mayor frecuencia al hecho del maltrato y situaciones que añaden vulnerabilidad sin olvidar que cualquier mujer puede ser víctima de maltrato.

7.2. Prevención secundaria. Detección precoz.

La infradetección es una realidad y una preocupación institucional. Solo se llega al diagnóstico de una pequeña proporción de los casos de maltrato que se presume que existen, y además se hace con una importante demora, con una evolución de 5 a 10 años. Hoy se considera una prioridad la detección precoz, y éste es quizás, el papel más específico e importante para los profesionales sanitarios del primer nivel de atención, por el lugar estratégico que ocupan, por su accesibilidad, por las múltiples posibilidades de contacto, por la atención integral que prestan y por la relación de confianza que a menudo existe entre estos profesionales y las personas que atienden. Estas características hacen de la atención primaria un lugar clave para la detección precoz, la intervención temprana y, en alguna medida, para la prevención, sin olvidar que otros dispositivos sanitarios como son los servicios de urgencias, los equipos de salud mental y servicios de toco-ginecología y pediatría también tienen un papel importante.

7.2.1. Razones para la detección activa

A pesar de la alta prevalencia y graves consecuencias para la salud de la violencia de género, existe una baja detección y el retraso en el diagnóstico. Por eso, se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, para una atención lo más precoz posible. No existe un consenso respecto a la recomendación de hacer o no cribado poblacional, hecho que ha generado un debate entre autores de numerosas publicaciones científicas[50], [51],[52],[53],[54],[55], pero, en todo caso, sí existe acuerdo de los distintos grupos de expertos, organizaciones sanitarias y sociedades científicas en aconsejar al personal sanitario estar alerta ante la posibilidad de maltrato y ser capaces de reconocer signos o indicadores de sospecha del mismo (tabla 4) y mantener una actitud activa ante el problema. Cada vez hay más evidencias de la pertinencia de incorporar medidas más activas para detectar personas que están sufriendo VG[56],[57] y más organizaciones científicas e instituciones recomiendan preguntar a todas las mujeres de forma rutinaria por la posibilidad de estar viviendo una situación de maltrato[58],[59]. A esta postura se sumó el Ministerio de Sanidad y los Servicios de Salud de nuestra CCAA, incorporando en los protocolos y guías de actuación esta recomendación.

¿Cribado o pregunta rutinaria?

Existen resistencias por parte de algunos autores a llamarlo cribado, pues según ellos la investigación rutinaria de VG no cumple los criterios que para el cribado definió el Comité Nacional de Cribados de U.K. Evidentemente existen diferencias, ya que el cribado se definió sobre todo para enfermedades o problemas biomédicos y no está pensado para problemas psicosociales, para los que tanto la prueba diagnóstica, la situación de conocimientos del problema por parte del médico y el paciente es distinta, y los criterios de efectividad, van más allá de la reducción de la mortalidad o la incidencia. Tienen que ver también con la disminución de las consecuencias en la salud de las mujeres y los hijos e hijas, con la calidad de vida, con la minimización de daños y la disminución de nuevos eventos.

Por ello en la literatura se llama con frecuencia pregunta rutinaria, y lo aceptamos, pues no creemos que el término sea lo más importante. Lo importante es tener claro que debemos preguntar y sobre todo, la respuesta una vez desvelado el problema. En el texto utilizaremos indistintamente los dos términos.

Las razones que apoyan la pregunta rutinaria de detección en la consulta en nuestro son:

10 RAZONES PARA INCORPORAR LA PREGUNTA RUTINARIA EN LA CONSULTA:

1- Alta prevalencia de la violencia de género en nuestra sociedad

2- Graves consecuencias para la salud física y psíquica

3- Bajo diagnóstico

4- No hay población de riesgo definida ni perfiles de riesgo claros

5- Dificultad de detección del maltrato psicológico, y en menor medida el físico sin preguntar directamente

6- Buena aceptabilidad por parte de las mujeres. Además, el hecho de preguntar sobre la violencia de género en el marco de la consulta, supone un mensaje para la mujer de reconocimiento de la VG como problema de salud y de "autorización" a la mujer a consultar sobre este problema

7- Beneficios esperados superiores a los posibles perjuicios

8- Factibilidad: se trata de una intervención breve, asumible por los servicios de salud (aunque posteriormente si se confirma requiera otras actuaciones, como cualquier otro proceso que se detecta por cribado)

9.-Capacidad de respuesta suficiente por parte de los servicios sanitarios y sociales para la gestión de los casos, en nuestro país

10- Coste asumible. La detección va a tener un coste correspondiente a los recursos humanos y el tiempo que consumen en realizarlo, así como los recursos necesarios para la respuesta, sin embargo creemos que los beneficios posibles para las mujeres en edades aun jóvenes o medias de la vida y para los hijos e hijas expuestos, supera los riesgos y costes posibles. No se han evaluado los beneficios y costes de la prevención. Más estudios son necesarios para conseguir evidencias más sólidas al respecto.

Estas razones han determinado que los servicios de salud de Castilla y León optaran por incluir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la pregunta sistemática a las mujeres mayores de 14 años orientada a hacer una *detección activa*. Se debe preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le haya preguntado en los últimos 4 años (según Cartera de Servicios de Castilla y León). *No obstante se tiene claro que solo preguntar no es la cuestión. La clave está en la respuesta profesional, y para ello la formación y la sensibilización de los profesionales son imprescindibles.*

Tabla 4. Signos y señales de alerta de maltrato

1.Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones cuando encontremos:

a. Discrepancias entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos o ante consultas reiteradas de urgencia por lesiones atribuidas a accidentes fortuitos.

b. No existen lesiones físicas patognomónicas de maltrato pero sí hay lesiones que sugieren esa

posibilidad. Características de las lesiones:

-Suelen ser bilaterales y más frecuentes en cabeza, cuello, tórax y abdomen, siguiendo un patrón central.

-Lesiones sugestivas: rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda.

-Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fracturas de los antebrazos, hematomas en región dorsal que obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara o tórax.

-Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula.

-Desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente, rotura timpánica (bofetón).

-Lesiones antiguas: cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas.

-En gestantes: las lesiones pueden localizarse en abdomen, en mamas y área genital.

-Investigar signos de agresión sexual en mujeres con agresiones físicas.

2.Señales de alerta por el estado psicológico de la mujer:

a. Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejar se explorar, incapacidad para tomar decisiones. Puede tratar de ocultar lesiones o demorar la atención de las mismas. A veces quita importancia a lesiones que sí la tienen.

b. Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, agitación, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático. Vergüenza y humillación.

3.Otros signos y señales de maltrato son:

Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación , absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, fatiga crónica, uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias*.

4.Actitud del cónyuge:

Excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos.

**Si fuera necesaria la prescripción de psicofármacos, debemos ser especialmente cautos, porque además del riesgo de dependencia, podemos favorecer la "adaptación" de la víctima a la situación de maltrato y el retraso en la solicitud de ayuda.*

En cuanto a **instrumentos de cribado**, aunque no existe acuerdo respecto a recomendar el uso de un determinado cuestionario, a pesar de haber sido utilizados diversos modelos, varios de ellos validados. Actualmente se aconseja formular una serie de preguntas facilitadoras en el contexto de la entrevista clínica, (Tabla 5); creemos que se trata de una buena herramienta, pero en contextos de escasa disponibilidad de tiempo, y cuando no se cuenta con las habilidades en entrevista para la detección de maltrato, el uso de algunos cuestionarios breves pueden ayudar a la detección. Dado que el nivel de detección en las consultas

de atención primaria sigue estando por debajo de lo esperado, y a fin de facilitar su trabajo a los y las profesionales, en esta actualización de la guía se ha incluido como un elemento adicional de ayuda, un test de cribado, Women Abuse Screening Tool (WAST) que en distintos estudios realizados ha demostrado una buena validez, aceptabilidad por los y las profesionales y por las mujeres, y que ha sido adaptado a nuestro contexto; es breve para hacerlo factible en atención primaria y ha sido recomendado como adecuado para este uso en diferentes estudios.

7.2.2. La entrevista clínica para la detección de maltrato

Al personal sanitario le resulta difícil preguntar a las mujeres si están viviendo una situación de maltrato, por ello se proponen algunas normas para la realización de la entrevista clínica orientadas a facilitar la detección de estas situaciones:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.

- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.

- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).

- Facilitar la expresión de sentimientos.

- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.

- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

- Abordar directamente el tema de la violencia.

- 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, pero no tomarlas por ella.

- Alertar a la mujer de los riesgos que corre y aceptar su elección.

Respecto a cómo preguntar, una opción aconsejable es introducir alguna pregunta rutinaria exploratoria de problemas psicosociales, y avanzar de forma gradual, hacia la pregunta directa sobre maltrato. En todo caso las preguntas y la entrevista se adaptarán a la persona y a la situación concreta que estamos abordando.

Sin embargo existe otras alternativas: cuando existen lesiones sugestivas de maltrato, se puede ser más directo en el interrogatorio. En las tablas 5 y 6 se presentan algunas preguntas orientativas, que pueden ayudar a los y las profesionales en la entrevista no solo para detectar, sino para preguntar por los tipos de maltrato y sus características. También se incluyen algunas recomendaciones sobre qué no hacer y actitudes a evitar.

También resulta aceptable en atención primaria la pregunta directa explicado que *estamos preguntando a todas las mujeres*: “Como usted seguramente sabe, los malos tratos a las mujeres es un problema muy frecuente. Por ello estamos preguntando a todas las mujeres por esta posibilidad, a fin de poder prestarles

ayuda si están en esta situación: ¿Alguna vez ha sufrido malos tratos por parte de su pareja o expareja? Si dice si, preguntar de que tipo físico, psicológico o sexual?"

A través de la entrevista podemos llegar a la sospecha de caso, o a la confirmación del mismo.

Tabla 5.-Preguntas facilitadoras

1.Se proponen de modo orientativo las siguientes:

-Si tiene lesiones o hematomas: me preocupan sus lesiones…,¿quiere contarme que le ocurrió?
-Si no tuviera lesiones pero se sospecha la posibilidad de maltrato: Le veo preocupada: ¿Cómo van las cosas en su familia?, ¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos?
Sí la respuesta es afirmativa ir, gradualmente preguntando las siguientes:
¿Cómo es el trato hacia usted en casa? ¿Cómo resuelven sus problemas? ¿Siente que no le tratan bien? ¿Ha sido agredida físicamente? ¿Le insulta o amenaza? ¿Controla sus salidas? ¿Le controla el dinero? ¿Se siente segura? ¿Ha sentido miedo? ¿Tiene armas en casa? ¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

2.Cuando observamos lesiones y la mujer niega la agresión, puede ser bueno realizar generalizaciones que le ayuden a comprender que nos preocupa y que nos podrían contar eso que le está pasando:

-"La violencia en la vida de la mujer es un problema desgraciadamente frecuente, y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de su pareja, algún familiar u otra persona. Si ese fuera su caso, podría contar con nosotros para intentar solucionarlo"

-"Ya sabe que ahora se habla mucho de malos tratos, es un problema muy frecuente y puede ser muy grave. ¿Ha sufrido usted una situación así? Si responde NO: Me dice que ahora no le pasa, pero si alguna vez esto le ocurriera, no dude en contar con nosotras, este es un problema que les pasa a muchas mujeres y que les puede afectar gravemente a su salud y causar mucho sufrimiento, por eso nosotros los sanitarios preguntamos a todas nuestras pacientes por ello".

-"Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, y como sabe, hoy está considerado como un grave delito ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?"

3. En mujeres jóvenes y adolescentes puede ser oportuno incluir en la entrevista de detección alguna pregunta que denote conductas de control ¿Te controla constantemente por el móvil? ¿Decide siempre cuando y con quién salir? ¿Te impide ver a tus amistades? ¿Te fuerza a tener relaciones sexuales cuando tú no lo deseas?

Actitudes a evitar en la entrevista

-Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. Generar falsas expectativas.
-Decir que basta con tratar a la pareja para que todo se arregle.
-Evitar expresiones que pueden crear sensación de culpabilidad en la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él? Si usted quisiera acabar, se iría...".
-Paternalismo. No se deben imponer criterios o decisiones. Las decisiones son de la mujer.

Tabla 6. Otras preguntas facilitadoras para explorar aspectos específicos

Violencia psicológica

-¿Tiene hacia usted conductas contradictorias que la desconciertan, como elogiarla o insultarla alternativamente?

-¿Le insulta?, ¿le dice que está loca, que no vale para nada, que es una inútil?

-¿Le infantiliza, le trata como a una niña, le impide decidir?, ¿Le amenaza con quitarle los hijos si le abandona?

-¿Le obliga a consultarle todo cuanto hace?, ¿Le ignora?, ¿Pasa días sin dirigirle la palabra?

-¿Le culpa de todo lo que sucede?

-¿Le desautoriza frente a sus hijos/as, empleados, etc.?, ¿Le ridiculiza frente amigos o familiares?

-¿Le controla las llamadas telefónicas?, ¿Abre sus cartas o revisa sus cosas?

-¿Rompe sus objetos queridos o pertenencias?

Valoración del riesgo de suicidio

-¿Ha tenido deseo en algún momento de tirar la toalla, de desaparecer?

-¿Ha pensado alguna vez que desearía estar muerta para dejar de tener problemas?

-¿Ha pensado en quitarse la vida?, ¿Con que frecuencia?, ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?

-¿Lo ha intentado alguna vez?, ¿Tiene armas en casa?, ¿En qué piso vive?...

Violencia social/aislamiento

-¿Le dificulta o impide trabajar (o estudiar) fuera de casa?, ¿Es celoso o posesivo?

-¿Le acusa de serle infiel sin motivo?, ¿Le impide mantener sus amistades o relaciones familiares?

-¿Trata mal a sus familiares o amigas?, ¿Le ridiculiza en público?

-¿Se hace la víctima entre sus amigos o familiares ante usted?, ¿Le obliga a vivir en lugar aislado?

Valorar los apoyos familiares y red social: ¿Conoce su problema algún familiar o amigo?, ¿Podría contar con su apoyo si lo necesitara?, ¿Podría acudir a casa de ellos en caso de sentirse amenazada?

Violencia económica

-¿Le controla el dinero y le obliga a justificarle hasta mínimos gastos?, ¿Le impide disponer de dinero?

-¿Le ha obligado a dejar de trabajar?, o por el contrario ¿Le obliga a trabajar fuera de casa?

-¿Si tiene sueldo propio, puede disponer de él?, ¿Pone las posesiones gananciales sólo a su nombre?

Violencia sexual

-¿Le obliga a mantener relaciones en contra de su voluntad?, ¿Le fuerza a realizar prácticas sexuales que usted no desea?

-¿Le obliga a ver pornografía en contra de su voluntad?

7.2.3. Otras herramientas de ayuda: Test de cribado y diagnóstico de WAST

La entrevista es una excelente herramienta diagnóstica, pero existen test de cribado que pueden ayudar a la detección, sobre todo cuando los profesionales disponen de poco tiempo o les cuesta iniciar la entrevista sobre maltrato. Existen distintos test de cribado validados para consultas de atención primaria, urgencias etc., que podrían ayudar a mejorar la detección mediante preguntas concretas y directas que se realizan en poco tiempo y han demostrado ser válidas[60].

Proponemos entre los muchos existentes el cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST), cuestionario con larga trayectoria y que ha sido validado en diferentes contextos y que ha demostrado en diversos estudios mejorar la tasa de detección de la violencia hacia la mujer en la pareja en Atención Primaria [61,62,63,64,65,66]. Puede ser autoadministrado, pero tiene mejor rendimiento si lo administra un profesional. Este cuestionario explora la violencia en mujeres con pareja actualmente.

Tabla 7. Cuestionario WAST corto (cribado)

<table>
<tr><th>Nº</th><th colspan="3">Cuestionario WAST corto (cribado)</th><th>Total</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>1a</td><td colspan="3">En general, cómo describiría su relación con su pareja?</td><td rowspan="4">Cribado Positivo ≥3 puntos</td></tr>
<tr><td></td><td>Mucha tensión (3 puntos)</td><td>Alguna tensión (2 p)</td><td>Ninguna tensión (1 p)</td></tr>
<tr><td>2b</td><td colspan="3">Usted y su pareja resuelven sus discusiones con…</td></tr>
<tr><td></td><td>Mucha dificultad (3 p)</td><td>Alguna dificultad(2 p)</td><td>Sin dificultad (1 p)</td></tr>
</table>

Consta de 2 preguntas de cribado (moradas)

Interpretación:

Si se obtienen 3 o más puntos de los 6 posibles, se considera *cribado positivo*

Cribado positivo**: significa mayor probabilidad de que esta persona pueda estar sufriendo maltrato, pero NO significa que este confirmado. Para ello hay que formular nuevas preguntas para confirmar o descartar.

Debemos tener en cuenta que los instrumentos de cribado están diseñados para una rápida identificación de casos posibles o sospechosos de maltrato en la consulta, y *es necesario siempre realizar la confirmación diagnóstica, bien con preguntas directas, o con instrumentos diagnósticos validados*. Se aconseja en este caso que el profesional administre el WAST largo.

LA VERSIÓN LARGA DEL WAST.

La versión larga del WAST con 8 preguntas, administrado por un profesional sanitario, es un instrumento de mayor precisión diagnóstica. El WAST largo costa de las 2 primeras de detección y 6 preguntas más (rosa). Todas las preguntas tienen 3 posibles respuestas, nunca, a veces, muchas veces, a las que se les aplica una puntuación (1p, 2p, 3p) respectivamente.

La propuesta de **interpretación del cuestionario WAST largo** (8 preguntas) para esta guía es la siguiente[2]:

Tabla 8. Versión Larga del cuestionario WAST

Nº	Cuestionario WAST-Largo			Total
1a	**En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?**			**≥3 cribado positivo**
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2p)	Ninguna tensión (1p)	
2b	**Usted y su pareja resuelven sus discusiones con…**			
	Mucha dificultad (3p)	Alguna dificultad(2p)	Sin dificultad (1p)	
3c	**Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4d	**Las discusiones ¿Terminan en golpes patadas o empujones?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5e	**¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6f	**Su pareja ¿Ha abusado de usted físicamente?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7g	**Su pareja ¿Ha abusado de usted emocionalmente?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8h	**Su pareja ¿Ha abusado de usted sexualmente?**			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
	WAST LARGO POSITIVO :TOTAL PUNTOS			**≥ 11**

[2] La valoración puntos de corte para el WAST está basada en la validación del instrumento realizada para Castilla y León. Estudio de validación de un instrumento de cribado y diagnóstico de violencia hacia la mujer por la pareja en Castilla y León. (Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez y Sainz de Andueza M, Cordero Guevara J. 2017) Pendiente de publicación.

Interpretación:

Tras un cribado positivo se pasa a las 6 preguntas siguientes, (c, d, e, f, g y h) que nos ayudan a confirmar el diagnóstico de caso. Las 8 preguntas se puntúan de 1 a 3. Por tanto, el rango de puntuación posible oscila entre 8 y 24 puntos.

El punto de corte del WAST largo es 11, que indica que a partir de esa puntuación la mayor probabilidad de ser caso positivo.

*Si una o más preguntas **f, g y h son (+)** , incluso aunque total fuera < de 11 (asegurada la comprensibilidad de las preguntas)*	***Caso de Maltrato confirmado***
Puntuación total de ≥ 11 si todas las preguntas f, g y h (-)	***Alto grado de sospecha*** [3]

Además se recomienda preguntar a toda mujer por el antecedente de haber sufrido algún tipo de **malos tratos en el pasado** por otras parejas, o algún tipo **de abuso en la infancia.**

7.3. Prevención terciaria. Actuación tras el diagnóstico

Numerosas guías de actuación, protocolos y publicaciones indican las posibilidades de actuación tras la detección[67] ,[68],[69]. Es importante que todos los y las profesionales conozcan al menos la intervención básica o mínima. El seguimiento y gestión posterior del caso dependerá de diversos factores: el ámbito de detección (Atención Primaria, urgencias, consulta de hospital), la disponibilidad de tiempo, la formación del profesional, la existencia de recursos específicos para poder gestionar el caso y las preferencias de la mujer.

Una vez que se detecta un caso, la intervención ha de ser integral y continua. Debemos escuchar a la mujer, acogerla validando el proceso que está pasando y a la vez iremos haciendo una valoración del riesgo físico inminente para tomar las medidas oportunas. Posteriormente se realizará una valoración global del caso de violencia: cuánto tiempo lleva, el tipo de violencia, si tiene hijos/as o personas a su cargo, los apoyos que tiene, etc. Se evaluará el riesgo psicológico o de autolisis y el riesgo social o de agresión grave. Con toda esta información ayudaremos a la mujer ofreciéndole los apoyos y recursos más adecuados desde el ámbito donde está siendo atendida. Todo ello se irá describiendo en los siguientes apartados.

7.3.1. Intervención mínima inicial o apoyo de primera línea: ERES

Para sistematizar la intervención mínima que cualquier profesional sanitario debería hacer desde cualquier ámbito de salud en el que trabaje, lo hemos esquematizado de la siguiente manera remarcando las cuatro

[3] Ver actuación ante sospecha (pág. 38). Aunque el WAST largo sea positivo si la mujer no confirma maltrato físico, psicológico o sexual, no podemos considerar caso confirmado, pero sí revela una alta probabilidad de que exista. A veces la razón puede ser que la mujer no quiera compartir con nosotros esta información. Si sospechamos que no ha comprendido el significado de la pregunta, cuando es administrado por un profesional, es posible aclarar los términos.

actuaciones más importantes a realizar con el acrónimo o código: ”ERES” (como símbolo del empoderamiento personal de la mujer que queremos apoyar con nuestras actuaciones).

Esta intervención no lleva mucho tiempo ni requiere recursos adicionales. Sólo requiere el conocimiento del problema de la violencia y cómo abordarla y de los servicios adecuados que existen en nuestro ámbito.

Tabla 9. Intervención Mínima Inicial: ERES

INTERVENCION MÍNIMA INICIAL: **“ERES”**	
Escucha Activa	Escuchar a la mujer de forma empática, intentando conocer sus necesidades y preocupaciones (físicas, emocionales, sociales y prácticas)
Reconocimiento de su vivencia	Acogerla emocionalmente. Hacerla saber que la creemos y entendemos lo que la está pasando y que no es culpable de lo que la pasa Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
Evaluación de Riesgos	Evaluar el riesgo físico (lesiones), psíquico (riesgo de autolisis) y de nueva agresión grave.
Servicios de Apoyo	Ofrecer a la mujer los servicios médicos, sociales y de seguridad que se precisen según el riesgo evaluado. Coordinarnos para que la atención sea continua e integral.

Escucha Activa

La escucha es una de las partes más importantes de las actuaciones de apoyo a la mujer. Puede ser muy liberadora y el comienzo de su recuperación. Sólo el hecho de escuchar empáticamente es ya un acto terapéutico. Para ello debe hacerse en unas condiciones de lugar y tiempo adecuados, de confidencialidad e intimidad (ver apartado anterior de entrevista clínica para detección de maltrato).

La escucha empática consiste en mirar más allá de sus palabras: emociones que hay detrás, lenguaje corporal, fijarnos en lo que dice y lo que no dice.

La actitud del/la profesional debe de ser cercana, cuidando también el propio lenguaje corporal, el contacto visual, gestos, etc.

No juzgarla, ni presionarla, no interrumpirla.

Utilizar técnicas que favorezcan la verbalización o la elaboración de ideas o emociones:

- Favorecer los silencios

- Utilizar facilitadores verbales y no verbales: “Continúe, por favor”, asentimiento.

- Preguntar o reflejar las emociones: “Parece que esto te hace sentir…”

- Repetir o rescatar algo para señalarlo: “Has mencionado que…”

- Pedir aclaraciones: “¿Me podrías explicar…? ¿Quieres decir que…?”

- Ayudarla a identificar sus necesidades: ¿Hay algo que necesites o que te preocupe? ¿Estás preocupada por…?

La **información básica** que debemos obtener es:

- Identificar los tipos de malos tratos sufridos: psicológico, físico y sexual (ver tabla 6).

-Antecedente de maltrato por otras parejas o de abusos en la infancia.

- Tiempo de evolución de los malos tratos, ya que influye en las consecuencias y en el pronóstico.

- La fase del ciclo de la violencia en la que se encuentra.

- Conocer sus necesidades y preocupaciones. Las necesidades pueden ser físicas, emocionales, económicas, de seguridad o de recursos sociales.

- Explorar sus expectativas para adaptarnos a su ritmo y al momento de su proceso motivacional para el cambio (ver apartado 7.3.2 Apoyo secundario en AP).

- Conocer los apoyos familiares y la red social con la que cuenta, así como si tiene independencia económica. Saber si tiene hijos menores, familiares y/o personas dependientes a su cargo, analizar las actuaciones a seguir.

Reconocimiento de su vivencia

Es muy importante la **acogida** que se haga a la mujer cuando revele su problema. Lo que hagamos y cómo la tratemos en ese momento puede condicionar la respuesta que vaya a dar la mujer. En algunas ocasiones (urgencias, emergencias sanitarias…) puede ser la única vez que la tratemos, en otras ocasiones como en la consulta de atención primaria la vamos a poder atender más veces, pero en cualquier caso la primera actuación es definitiva para la evolución del caso.

A las mujeres que están sufriendo maltrato debido al mismo, en muchas ocasiones, les cuesta confiar en las demás personas, incluso en los profesionales.

Por eso, si una paciente ha tenido la fuerza de contarlo hemos de hacerla ver que entendemos sus dificultades, que la creemos y que puede confiar en nosotros/as.

RECUERDA: ***Esta puede ser la única oportunidad que tengas para ayudar a esta mujer***

Debemos validar sus emociones, acogerlas, haciéndola saber que es normal lo que siente.

Decirla que entendemos lo que la está pasando. No está sola, muchas mujeres están pasando por lo mismo. Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.

Desculpabilizarla, nadie se merece que le traten así. No hay un porqué, ni una justificación.

Mostrarle que sus síntomas y malestares tienen relación con el proceso por el que está pasando.

Es una persona valiosa, apreciar todos los logros que ha tenido en la vida. Destacar sus cualidades, sus habilidades.

Hacerla ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar, pero con realismo, sin generar falsas expectativas, ni decirle que será fácil. Ponerle ejemplos de otras supervivientes que pasaron por lo mismo y salieron de ello.

Evaluación de Riesgos y Servicios de Apoyo según el Riesgo Vital

Tras la valoración inicial es conveniente evaluar los riesgos para la vida de la persona, que serían a los que está expuesta la mujer debido a sus lesiones físicas, a su estado emocional o al riesgo de nueva agresión.

Dependiendo del nivel de riesgo que encontremos se describen las correspondientes actuaciones.

1) Riesgo Vital Físico: situación de alto riesgo o peligro *extremo debido a la gravedad de las lesiones físicas*. Se realizará un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario al propio diagnóstico de malos tratos. Se debe realizar una exploración física sistematizada de zonas visibles y ocultas comenzando las primeras acciones terapéuticas necesarias.

Actuación:

- Atender la urgencia inmediata en función de las lesiones.

- Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente, preferiblemente acompañada.

- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo de un traslado seguro (en ambulancia si fuera necesario).

- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.

- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial.

2) Riesgo Vital Psicológico: *Alto riesgo de suicidio:* Todo tipo de maltrato tiene repercusiones psicológicas y su máxima expresión es el riesgo de suicidio. Se debe explorar si declara directamente su intención, el grado de elaboración de sus ideas y si ha habido intentos previos con o sin petición de ayuda posterior (tabla 6).

La valoración será de riesgo alto sobre todo sí:

- La mujer declara directamente su intención, si lo tiene elaborado y si lo hubiera intentado en otras ocasiones.

- Si se asocia con consumo de alcohol o sustancias.

- Si la mujer expresa o manifiesta gran culpabilidad.

Actuación:

- Realizar las actuaciones urgentes e inmediatas por el riesgo de suicidio.

- Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente para que le sea realizada una valoración psiquiátrica.

- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo el traslado en ambulancia si fuera necesario.

- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.

- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial.

3) Riesgo Vital Social o de peligro extremo de nueva agresión: *Alto Riesgo de homicidio o de agresión grave.*

La valoración del riesgo sobre todo cuando la mujer sigue conviviendo con la pareja que la maltrata, es una preocupación de los y las profesionales máxime cuando la mujer no quiere denunciar la situación.

- Valorar los comportamientos del agresor: amenazas (a la víctima, a los hijos, con armas), intentos previos de homicidio, coacciones, restricciones a la comunicación de la víctima. Consumo de alcohol o drogas por el agresor, trastornos paranoides, celotipia, amenazas o agresiones a otros miembros de la familia o a extraños, otros trastornos psicopatológicos. También se le debe preguntar si el agresor ha proferido amenazas de suicidio ampliado (darse muerte tras matar a la mujer e hijos), dado que esta situación se considera de muy alto riesgo.

- Valorar la percepción personal de seguridad de la víctima: Se puede valorar formulando algunas preguntas como: ¿Se siente segura en su casa? ¿Le da miedo ir a casa ahora? ¿Le tiene miedo? ¿Conoce su familia o amigos lo que le pasa? ¿Con quién podría contar si precisa ayuda? Si la mujer manifiesta miedo o sensación de peligro, considerar que el riesgo es alto. Aun cuando la percepción de riesgo fuera negativa, valorar otros indicadores, ya que su valor predictivo es bajo.[70]

Hoy disponemos de un instrumento que nos permite una valoración más objetiva del riesgo, elaborado por un grupo de expertos de Barcelona, validado, y suficientemente breve para poder ser utilizado opcionalmente en Atención Primaria, sobre todo si la mujer mantiene la convivencia con el agresor: el cuestionario RVD-BNC[71]

ESCALA RVD BCN (Anexo III)

Para calcular este riesgo, existe una escala de valoración validada, y que ya se está utilizando por los servicios sociales de nuestra comunidad, el RVD-BCN. Es una herramienta para ayudar a los profesionales que atienden a estas mujeres que viven situaciones de violencia machista. Este instrumento tiene una serie de características que lo hacen muy útil:

- Puede ser compartido entre los diferentes servicios que intervienen en cada caso.

- Va a disminuir la subjetividad profesional para valorar el riesgo.

- Puede ser utilizado para reevaluar la situación de las víctimas, en función del momento en que estas se encuentren y si han ido sufriendo cambios en la situación de violencia.

- Contiene factores de vulnerabilidad y de percepción de la mujer.

- En ocasiones en los que la mujer no es consciente del riesgo en la situación de violencia en la que se halla inmersa, el RVD-BCN puede ser un instrumento útil para hacerla ver ese riesgo.

Actuación en caso de riesgo alto de nueva agresión grave:

-Avisar a la policía o FCS si fuera preciso.

- Poner el caso en conocimiento del juez de guardia con carácter urgente.

- Registrar los datos en la historia clínica.

- Hacer el parte judicial y remitirlo al juez con carácter urgente (FAX).

- Garantizar la seguridad de la víctima mientras está en las dependencias sanitarias.

-Valorar con la mujer cual puede ser el alojamiento adecuado, casa de algún familiar o amistad, o si es preciso un centro de emergencia de Servicios Sociales.

4) No se detecta alto riesgo, o es bajo el riesgo

Si no se confirma riesgo vital inmediato debemos anotarlo en la historia y seguir con el apoyo primario ERES pero además se debe realizar un apoyo secundario (por parte del equipo de Atención Primaria o por cualquier profesional de otro ámbito que esté formado y motivado: equipos de Salud Mental, equipos de toco-ginecología) (ver apartado 7.3.2): realizar una valoración integral de su salud, analizar su historia de maltrato, detectar sus apoyos, expectativas y necesidades. Así dirigiremos nuestras actuaciones a dar respuesta a las necesidades de la mujer, con las medidas más adecuadas a su situación y más aceptables para ella.

5) Si existe sospecha de maltrato y la mujer lo niega

En estos casos también se deberá realizar una valoración global y explorar los riesgos vitales físico, psicológico y social o situaciones de peligro extremo (ERES).

Si no hay lesiones físicas, es mejor no cuestionar el testimonio de la mujer, que o bien no quiere desvelar su situación o bien no es consciente de que está sufriendo maltrato, y concertar nuevas citas para explorar con ella sus vivencias, sus temores y resistencias a desvelar una situación de abuso.

A veces incluso ante la presencia de lesiones que sugieren han sido producidas por agresión, la mujer puede negarlo. Ante la sospecha consistente de maltrato, es conveniente evaluar los riesgos, como ante un caso confirmado.

Si existe riesgo vital inmediato o peligro extremo para ella o sus hijos, se actuará como en el caso de maltrato confirmado e incluso sin la aprobación por parte de la mujer, aunque informándola de los pasos que se van a seguir.

En casos de sospecha consistente en los que la mujer lo niega, otra opción posible es comunicarlo al fiscal para que investigue los hechos con carácter secreto y permita confirmar o descartar nuestra sospecha. Se puede informar por escrito al fiscal o también telefónicamente.

Si no existen indicadores de peligro extremo y la mujer, no reconoce el maltrato, si mantiene su negativa, en general se aconseja respetar la voluntad de la mujer, intentando asegurar la continuidad en la atención, citándola con sus profesionales de referencia que conocen el caso (médico/a de familia, trabajador social, enfermera) o con él o la profesional que ella desee y en quien más confíe. Es importante acompañar a la mujer respetando su ritmo y sus opciones y trabajar con ella las posibilidades de cambio, en actitud de apoyo y respeto.

Hemos de saber que aun cuando la mujer no quiera hablar de ello al preguntarle por signos de sospecha, o lo niegue, conviene informarle de las consecuencias de la violencia y dejar abierta la oferta de apoyo por nuestra parte por si cambia de postura y dar una información básica sobre de los recursos de apoyo.

Recuerda que sólo el hecho de escuchar, acoger e informar sobre la VG a las víctimas es en sí una intervención terapéutica.

RESUMEN INTERVENCIÓN INICIAL "ERES"

Tabla 10. Resumen de intervención inicial ERES

Escucha Activa	**R**econocimiento de su vivencia	**E**valuación de Riesgos	**S**ervicios de Apoyo
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado. - Empatía, ponernos en su lugar. -No juzgarla, ni presionarla, no interrumpirla. -Observar y cuidar el lenguaje corporal. -Utilizar técnicas que favorezcan la verbalización o la elaboración de ideas o emociones. - Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones. - Conocer tiempo de evolución, tipo de violencia, apoyos. - Saber si existen hijos o personas a su cargo.	-Acogerla emocionalmente. - Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as. -Decirla que la entendemos, que no está sola. -Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres. - Desculpabilizar, no hay un porqué, ni una justificación. -Mostrarle que sus síntomas y malestares son consecuencia del proceso por el que está pasando. - Empoderar: decirla que es una persona valiosa. Destacar sus cualidades, sus habilidades. -Hacerla ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar. Mostrarle modelos de otras supervivientes que salieron de ello.	**RIESGO FÍSICO** Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves	SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
		RIESGO PSÍQUICO Evaluación del riesgo de autolisis	SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
		RIESGO DE AGRESIÓN GRAVE Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo	POLICIA Y F.C.S. JUZGADO CENTRO DE EMERGENCIA
		AUSENCIA O BAJO RIESGO DETECTADO La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar	CONSULTA MÉDICA DE AP TRABAJADOR/A SOCIAL AP CEAS: SERVICIO PSICOLÓGICO, SERVICIO JURÍDICO, ASESORAMIENTO LABORAL, ETC

Las intervenciones ante casos de violencia detectados o sospechados siempre han de adaptarse a la situación y deseos de la mujer, al contexto y a los recursos existentes, pero conviene no olvidar que *"A pesar de las limitaciones existentes debemos tener claro que, para aquellas mujeres que sufren malos tratos será*

sustancialmente beneficioso el simple hecho de que el ciclo de la violencia pueda ser interrumpido" (OMS). Sistematizar las actuaciones hará más eficaz el abordaje y ayudará a minimizar los riesgos, mejorando el bienestar y la salud de las mujeres en situación de maltrato, a la vez que permitirá evaluar adecuadamente nuestras actuaciones.

Intervención inicial en agresiones sexuales.

Un caso especial son las **agresiones sexuales agudas** infligidas a la mujer por cualquier persona (pareja, familiar, extraño): desde el punto de vista de la actuación inmediata se procederá como si se tratase de un Riesgo Vital Inmediato físico aunque objetivamente no lo sea, por lo que habrá que actuar siguiendo el mismo esquema.

Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente para que se la realice una valoración física y psicológica.

- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo el traslado en ambulancia si fuera necesario.

- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.

- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial, aunque se traslade al hospital.

En estos casos hay algunos **aspectos específicos** a tener en cuenta:

- El período de tiempo transcurrido entre la agresión y el reconocimiento debe ser el mínimo posible, tanto por la situación emocional de la víctima como por la preservación de signos de la agresión por tanto agilizar la atención y evitar demoras que puedan retrasar su llegada a un centro hospitalario

- Se evitarán exploraciones innecesarias en el centro de salud, dado que posteriormente la paciente será valorada en el hospital en el servicio de ginecología y /o forense.

- Se explicará la importancia de no cambiarse de ropa, no lavarse ni ducharse, no orinar y en caso de felación, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos hasta que se haga la recogida de muestras y la valoración médico-forense.

- Una vez realizadas las actuaciones inmediatas desde Sanidad, las víctimas de agresiones sexuales, podrán acceder a todos los recursos y prestaciones disponibles de la Red de Atención a Víctimas de Violencia de Género de los Servicios Sociales. El acceso a la misma seguirá el procedimiento general para víctimas de violencia de género.

Para más información ver Anexo II Violencia Sexual.

7.3.2. Apoyo secundario en Atención Primaria

Si no se detecta riesgo vital o tras la atención de este riesgo se debe hacer una valoración secundaria más profunda sobre todo en el ámbito de Atención Primaria. Los responsables directos de la atención a la víctima en el EAP (médico/a, enfermería, trabajador/as social o matrona) deberían conocer el problema salvo que la

mujer no lo desee. En todo momento seguirán las actuaciones ERES teniendo en cuenta las recomendaciones respecto a la escucha y acogida de la mujer, manifestando su disponibilidad y ofreciéndole apoyo y confianza.

En la consulta de Atención Primaria, se dejará concertada una consulta programada en breve para completar esta valoración inicial y fijar el plan de actuación integral y coordinado. Siempre que la situación lo permita, es preferible no dar un exceso de información en la primera visita posponiéndola para la siguiente (1-3 días), al objeto de facilitar un marco de mayor tranquilidad. En esta visita se establecerá un plan de actuación teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos y los apoyos con los que cuenta.

Tras la valoración por el/la facultativo/a, se podrá derivar al/la **trabajador/a social** del centro de salud para su seguimiento y acompañamiento. Si la mujer precisa algún servicio social o un mayor apoyo psicológico, si ella así lo desea, se derivará a su CEAs correspondiente según el modelo que se describe en el apartado siguiente (Ver 8 Coordinación Intersectorial: 8.2 Derivación a servicios sociales).

El profesional de AP que detectó el caso y realizó la valoración, puede derivar al CEAS directamente o a través del trabajador social para la gestión y seguimiento del mismo si lo desea y es aceptado por la mujer. A veces el profesional dispone de poco tiempo o insuficiente formación y puede contar con este recurso para asegurar una atención adecuada a la víctima. El profesional del CEAS que coordina el caso le remitirá información sobre su evolución.

Desde otras consultas de Atención Especializada se derivará a la mujer a sus profesionales de primaria comentando con ellos el caso.

También podrá ser detectada y acompañada por la **matrona** en caso de embarazo o en otras consultas (anticoncepción, IVE, etc.) que lo comunicará a su médico de atención primaria.

Esta valoración secundaria integral en el ámbito de atención primaria debe incluir:

- **Exploración física** sistemática y meticulosa, **exploración del estado psicológico** de la víctima y de su **situación social**.

- **Explorar sus expectativas** e identificar la situación en la que se encuentra respecto a la toma de decisiones de cambios en su vida, ya que la intervención va a depender en gran medida de la **fase de motivación** en que se encuentre la mujer (tabla 11). La razón de muchos fracasos está en haber realizado intervenciones inadecuadas, no adaptadas al momento evolutivo del proceso de cambio en que se encuentra la mujer, tomando medidas que en una fase pueden resultar intempestivas y en otra pueden ser adecuadas.

Tabla 11. Fases del Cambio de Prochascka y Di Clemente. (Adaptadas por Zink a la mujer en situación de maltrato)		
1.-Fase Precontemplativa. **Características:** -Ausencia de conciencia del problema -No reconoce la conducta abusiva como maltrato	**Reacciones de la mujer:** -Negación del maltrato o minimizar el problema -Autoculpabilización -Trasladar la culpa a otros -Mostrar resignación y aceptación de la	**Actuación:** -Entrevista breve. Actitud: Respetuosa, prudente y empática -Transmitir confianza en la posibilidad de cambio. Potenciar la autoconfianza. -Invitarla a la reflexión sobre la situación de su relación. (Qué es buen

-Tiene normalizada su relación de pareja, aunque sea objetivamente una situación de maltrato	situación, o desesperanza en su capacidad de cambiar -Ante intervención intrusiva, riesgo de ruptura de la relación	trato y qué no lo es, qué cambiaría, evaluar mitos y estereotipos de género…) -Posicionarse frente a la violencia (nunca justificada). Informar de los riesgos y medidas de protección -Ofrecer una nueva cita (evitar se sienta presionada). Importante respetar la confidencialidad.
2.-Fase contemplativa. **Características:** -Toma conciencia de que vive una relación de maltrato -No se ha planteado cambiar su situación	**Reacciones de la mujer:** -Suele haber mayor receptividad y permite avanzar en la intervención. Comienza a hablar de lo que le pasa. -Comienza ser capaz de hacer crítica a su situación	**Actuación**: -Entrevista motivacional. Ayudar a que verbalice lo que le ocurre, poner nombre al maltrato. Dejar claro que no es culpable de ello. Facilitar la expresión de sus emociones, sentimientos, expectativas, sus miedos. Analizar con ella la evolución de la violencia, identificando situaciones propias. Identificar apoyos y estrategias de afrontamiento. Proponerla pensar en razones para seguir o no en la actual relación. Respetar su decisión y apoyarla.
3.-Preparada para el cambio **Características:** -No solo es consciente del problema sino que se ha está planteando la posibilidad del cambio. -Piensa que no puede seguir así (disonancia), pero no sabe cómo, no se ha planteado cuando, y a veces tiene sentimientos ambivalentes respecto a su pareja.	**Reacciones de la mujer:** -Permite más posibilidades de ayuda al profesional. Puede pedir información, orientación. -Puede haber iniciado pequeños cambios o estar dispuesta a iniciarlos ; ha pensado en alternativas, en que podría pasar si decide romper, ha imaginado como sería su vida sin su pareja	**Actuación:** -Entrevista motivacional. Apoyar en su toma de decisiones para el cambio y ayudarla a establecer el plan más adecuado para conseguirlo. Escucharla, valorar sus inactivas, analizarlas con ella, analizar posibilidades y problemas. Reforzar sus inactivas. Analizar necesidades de apoyo (trabajador social, asesoría jurídica, apoyo psicológico si precisa etc.) Evaluar con ella la seguridad. Respetar sus decisiones y su ritmo.
4.- Fase de acción. **Características:** -Ha decidido cambios: buscar nueva casa o trabajo, abogado, ha decidido la ruptura	**Reacciones de la mujer:** -Miedo, inseguridad, cuando ya ha tomado la decisión mayor necesidad de apoyo y refuerzo. Sentimientos ambivalentes satisfacción por haber tomado la decisión y miedo a equivocarse e inseguridad ante el futuro.	**Actuación**: En esta etapa es fundamental apoyar y acompañar a la mujer. Reforzar sus decisiones. Trabajar con ella los aspectos de seguridad y protección (etapa de mayor riesgo). Concertar entrevistas periódicas frecuentes de seguimiento del proceso. Coordinar con los recursos necesarios. Potenciar estrategias de afrontamiento positivas.
5.-Fase de mantenimiento. **Características:** -Consolida y mantiene los cambios -Inicia el proceso de normalización de su vida sin su pareja maltratadora.	**Reacciones de la mujer:** -Va recuperando la autoconfianza, la autoestima. -A veces puede sentir vacío, soledad.	**Actuación:** -Es importante en esta etapa reforzar la red social: grupos de mujeres, grupos de autoayuda, etc. y evitar el aislamiento. Mejorar la autoestima y la autoconfianza. -Evitar recaídas. Anticipar situaciones de dudas, desánimo y dificultades y trabajar en estrategias para afrontarlas

		positivamente. Trabajar la seguridad y protección.
6.- Fase de recaída. **Características:** -La mujer vuelve con la pareja que la maltrató.	**Reacciones de la mujer.** -Sentimiento de fracaso y culpa por no haber sido capaz de mantener su decisión. Evita al profesional, o se cambia porque piensa que ha fallado. Busca justificaciones a su decisión. A veces culpa al profesional.	**Actuación:** -Respetar su decisión hacérselo saber. Evitar el sentimiento de fracaso y de culpa. Volver a trabajar el proceso de cambio desde la fase de contemplación. No transmitir sensación de fracaso o frustración por parte del profesional. Hacerla saber que es frecuente que haya varios intentos, y que al siguiente habrá más posibilidades de éxito.
*El contenido de esta tabla esta tomado de la guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres de la Comunidad de Madrid, basada en la bibliografía de Zinck72 que adaptó las fases del cambio de *Prochaska y di Clemente a la VG y modificada por las autoras.		

- Valorar si se trata de una **situación aguda o crónica** y establecer un **plan de actuación** haciendo partícipe del mismo a la mujer.

-Se le facilitará la **información sobre**:

- Información general de su proceso.
- Las posibilidades de actuación.
- Los recursos, posibilidades de ayuda profesional y social (es importante dar información precisa y concreta, no solo explicar los derechos). Teléfonos y direcciones.
- Los riesgos a los que está expuesta de mantenerse la situación.
- Medidas de protección: se debe informar a la mujer de la necesidad de tener preparado un plan de protección y huida con independencia de su deseo de continuar o no la relación, ante el riesgo de nuevos episodios (tabla 12).
- La obligación de comunicarlo al juez y los pasos a seguir si desea formalizar una denuncia.

Esta información ha de ser concisa, breve, imprescindible, clara y concreta. Debe darse la información más importante por escrito (Anexo IV), ya que en el momento de la revelación la mujer puede encontrarse en estado de bloqueo o nerviosismo y no ser capaz de retener las direcciones o teléfono que le demos. Si convive con el agresor debemos indicarle que se deshaga de la hoja informativa una vez haya preparado su plan de huida o que la guarde en casa de algún familiar o amigo/a de confianza.

- Si tiene hijos menores, se comunicará al **pediatra** correspondiente.

- Si precisase la **derivación a otro recurso** (salud mental, servicios sociales, ver apartado siguiente 8) se le informará del motivo e indicación y se tendrá en cuenta su opinión. Hemos de asegurarnos lo máximo posible de que la mujer va acudir al servicio al que la derivamos y por lo tanto se la concertará la cita a ser posible desde nuestra consulta para facilitarle lo máximo posible la atención, ya que sabemos que en muchas de las derivaciones, la mujer encuentra algún tipo de obstáculo y deja de acudir.

Tabla 12: Información para la mujer respecto al plan de protección y huida

El momento más aconsejable para abandonar el hogar (cuando es una salida planificada) es aquel en el que la situación esté razonablemente tranquila, sin dar indicios. Sólo usted y alguna persona de confianza pueden conocer el lugar al que se va a ir y los lugares o teléfonos en los que puede recibir ayuda.

No obstante, si ha decidido permanecer en el domicilio con su pareja, tenga previsto qué hacer si se produce una nueva agresión.

1.**Disponga de un teléfono móvil y los números de la policía, asociación de víctimas, familiares o personas de confianza**, que sepan que una llamada suya significa "situación de riesgo" O16, 012, 112

2.**Tenga preparado un plan de huida**: Para ello tiene que tener preparado con antelación:

-Ropa para usted, para sus hijos e hijas y personas dependientes, llaves de casa, informes médicos (enfermedades comunes y de atención médica por los malos tratos), tarjeta sanitaria, medicamentos y, si las hubiera, denuncias previas.

-Dinero en metálico, tarjetas de crédito, cartillas de ahorro, recibos de banco.

-Fotocopias de documentos importantes: documentos de identificación, nóminas, expedientes académicos, escrituras de propiedad, seguros, libro de familia.

-Si tiene hijos e hijas: algún objeto significativo para ellos: juguete, libro... Establecer con los niños señales de alerta para que salgan de casa, busquen ayuda, etc. Enseñar a los hijos a llamar al 112.

-Agenda de direcciones y la lista de números importantes de lugares donde quedarse.

7.3.3. ESCRIBIR Y REGISTRAR en la Historia Clínica ¿Por qué es fundamental?

Todo lo que hagamos y aconsejemos a la mujer debe quedar registrado. Toda la información que quede en la historia clínica puede ser beneficiosa para la mujer si la necesita posteriormente o la requiere el juzgado y para el/la propio/a profesional (ver tabla 13).

En Castilla y León tenemos en Atención Primaria la historia clínica informatizada (MEDORA) donde, para la violencia de género, existe una Guía Clínica Asistencial que facilita la sistematización de la recogida de datos. Esta herramienta es de mucha ayuda para recordar todos los apartados importantes, es un acceso directo a la información de servicios de apoyo y los antecedentes recogidos son una base de datos necesaria para el conocimiento global de este problema de salud.

En cuanto al parte de lesiones se debe realizar cuando sea necesario y adecuado sin poner en riesgo a la mujer y respetando sus tiempos de decisión (ver apartado 10 Aspectos éticos y obligaciones legales)

Tabla 13. Razones para registrar en la historia clínica

Registrar en la historia clínica es importante:
Para la mujer:
○ Supone una documentación que la puede ayudar en el juicio para su testimonio, si ella o el juez lo requieren ○ El/la profesional se posiciona frente a la violencia como problema de salud, ya que lo incluye como un factor más de su historia clínica y esto la mujer lo percibe como una forma de tenerla en cuenta y darlo la importancia que tiene
Para el profesional:
○ Registrar todo lo que se hace en la práctica médica es parte de proveer unos adecuados cuidados a los pacientes ○ Puede ayudar a recordar cuando vuelva a ver a la mujer y así no volver a preguntarla las mismas cosas ○ Puede alertar a otro/a profesional que asista a la mujer a entender mejor qué la está pasando ○ En caso de no haber realizado parte judicial, nos puede servir como protección de la confidencialidad de la mujer, si se ha valorado un riesgo bajo. ○ Nos ayudará en caso de tener que ir al juzgado a declarar el tener la mayor cantidad de detalles posibles con los que poder recordar y recomponer nuestro testimonio.
Para los servicios de salud:
○ Los registros que hacen los/as profesionales sirven para conocer la prevalencia real del problema. ○ Además otras condiciones o factores registrados van a ayudar a implementar la mejor atención posible según las necesidades de las mujeres. ○ También sirve para evaluar la atención dispensada

NO HACER, es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore.

ACTUAR contribuye a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género, y, además, es el primer paso para salir del problema

Con frecuencia la consulta es el único espacio seguro 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.

(Protocolo Común ante la VG MSSSI. 2012)

7.3.4. Actuación con los hijos e hijas expuestos a la violencia de género y personas dependientes

Es importante saber que las consecuencias para la salud de la exposición a la violencia de género en los hijos e hijas de una mujer que está sufriendo malos tratos por parte de su pareja, son similares a los efectos del maltrato directo. Por ello, si un profesional detecta una situación de violencia hacia la mujer por su pareja y tienen hijos en edad pediátrica, debe comunicárselo al pediatra para su valoración, ya que los hijos e hijas expuestos al maltrato, son objeto de intervención al igual que la mujer[73].

En primer lugar se debe valorar la situación de los hijos a través de la entrevista (realizada por el pediatra o por el médico de familia).

Normas de actuación:

a) Es importante contactar con el pediatra que hace el seguimiento de los hijos, para que conozca y valore la situación y realice la entrevista con los menores y en función de su valoración se platearan las medidas a tomar.

b) El seguimiento del niño se llevará a cabo dentro del programa del niño sano, programando la periodicidad de consultas según la situación detectada lo requiera.

c) Entrevista con los hijos e hijas:

- En la medida de lo posible, se debe procurar crear una atmósfera de confianza y seguridad. Ayudarles a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza, ambivalencia.
- Decirles que no son los culpables de los problemas de sus padres.
- Evaluar el grado de aislamiento de los niños y su red social.
- Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección

Si hay sospecha de agresión al niño, se debe actuar según el protocolo de maltrato infantil[74]. En caso de que se sospechen repercusiones psicológicas en los niños (conductas de inhibición, comportamientos autodestructivos, violencia con sus pares, depresión, fracaso escolar, etc.), puede ser necesario contar con el psicólogo infantil de los equipos de Atención a Víctimas de los Servicios Sociales o del Equipo de Salud Mental infanto-juvenil de referencia, o con los equipos psicopedagógicos, en función de problema detectado.

En los casos de menores con discapacidad expuestos a VG habrá que prestar una especial atención a sus necesidades de cuidados, emocionales, educativas y sociales.

Debe haber una buena coordinación entre los profesionales de pediatría y medicina de familia, para favorecer la detección, para facilitar el seguimiento y asegurar la coherencia en las actuaciones.

Es preciso favorecer la resiliencia de los niños y niñas que sufren violencia y la base será que establezcan un vínculo de apego sano, con un modelo de crianza en los buenos tratos. Las madres resilientes serán buenos modelos como tutoras de resiliencia para sus hijos e hijas.

Actuación con las personas dependientes que conviven con una pareja en situación de violencia de género.

Si una mujer víctima de VG tiene a su cargo personas convivientes que dependen de ella, personas mayores o personas con discapacidad, deben tenerse en cuenta a la hora de plantearse cualquier intervención, a fin de que no se vean en situación de desprotección.

Deben de ser valoradas inicialmente por su médico/a de familia y, si permanecen en el domicilio es conveniente que la /el trabajador social valore la situación, ya que con frecuencia se tratar de progenitores de uno u otro miembro de la pareja, y pueden estar sufriendo las consecuencias de esta violencia. En función de la valoración realizada, de sus preferencias, su situación y las posibles alternativas, de debe facilitar el recurso más adecuado si lo precisan.

Si la mujer precisase salir a un centro de emergencia o casa de acogida, las personas dependientes a su cargo, tienen prioridad para los recursos residenciales que precisen.

7.3.5. Actuación con el agresor

Un aspecto que con frecuencia genera inseguridad en el profesional es la intervención con el agresor. El personal de atención primaria viven una situación no habitual para otros profesionales, y es que habitualmente comparten la atención de víctima y maltratador, siendo casi siempre los sanitarios de ambos y de los hijos mayores de 14 años, algo que no sucede en otros ámbitos de atención a víctimas de maltrato como abogados, psicólogos o psiquiatras.

Sin embargo, como personal sanitario, no se debe eludir esta responsabilidad cuando el agresor es también nuestro paciente, atención a la que estamos “obligados” por compromiso ético profesional. Algunas razones justifican la actuación con el agresor, como son: la necesidad de “romper la cadena” de la violencia, prevenir futuras agresiones y la violencia en hijos e hijas, prevención de la violencia en futuras parejas y la rehabilitación y reinserción social de la persona que maltrata.

Como profesionales nuestro objetivo es:

-Ayudarles a asumir la responsabilidad del maltrato o abusos cometidos (paso previo necesario para iniciar cualquier programa de rehabilitación)

- Ofrecerle la posibilidad de rehabilitarse como seres humanos (padre, esposo)

- Brindarles asistencia psicoterapéutica y socioeducativa (ayuda en la búsqueda de modelos de relación que excluya la violencia)

El médico/a debe valorar individualmente si es o no oportuno el contactar con el agresor y el momento que considera más adecuado. Si conocemos los hechos por revelación de la mujer, debemos contar con su consentimiento para contactar con él. Si es un caso público, no sería necesario.

La entrevista con el maltratador no es fácil para cualquier profesional de la salud, pero si hemos decidido realizarla las recomendaciones que siguen pueden servir de orientación y ayuda.

Normas de actuación en la entrevista:

- Hablar con un tono calmado y seguro
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar
- Abordar el problema hablando francamente
- Permitirle verbalizar su experiencia, reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos
- No juzgar
- Dejar clara nuestra postura respecto a que la violencia no está *nunca* justificada
- Investigar si además tiene algún problema añadido como toxicomanías o problemas psiquiátricos
- No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido)

Respecto a las posibilidades de intervención con el agresor, siempre debemos investigar la posibilidad de factores desencadenantes susceptibles de intervención específica: alcoholismo, trastornos psicopatológicos, etc. Sin embargo es importante saber que en la mayor parte de los maltratadores no se dan ninguna de estas circunstancias; se estima que solo alrededor del 20% de tienen algún problema de este tipo (alcoholismo, trastornos paranoides, consumo de sustancias), que actúan como factores facilitadores o desencadenantes, pero no son factores causales. En estos casos, cuando se detecte se debe orientar hacia el recurso correspondiente de los servicios de salud mental, además de las terapias específicas para maltratadores.

A los hombres que maltratan deberíamos poder ofertar la posibilidad de tratamiento con terapias orientadas al cambio de conducta y a la rehabilitación, que deberían de ser complementarias y nunca sustitutorias de las medidas penales que pudiera haber impuesto el juez.

El tratamiento global de la violencia de género debe incluir, además de la atención a la víctima, también la atención a los hijos e hijas expuestos y al hombre que maltrata. Sabemos que un 30 % de las mujeres maltratadas continúa conviviendo con su agresor. Tratar y hacer un seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la pareja. En muchos casos la mujer se separará del marido violento, pero con frecuencia éste formará una nueva pareja en la que con mucha probabilidad se reproducirá la situación anterior.

La intervención con el maltratador es compleja, y supera las posibilidades de actuación de los y las profesionales de Atención Primaria y hace necesaria la colaboración de equipos de psicólogos especializados en terapias a maltratadores. Actualmente contamos con un programa de atención psicológica para

maltratadores: Programa Fénix dependiente de los servicios sociales de la Junta de Castilla y León, al que se puede derivar desde cualquier dispositivo sanitario como atención primaria para el tratamiento del maltratador (ver Anexo VI. 2 Programa Fénix y Solicitud de Participación)

Las intervenciones con el agresor se orientarán por un lado hacia el repudio social a las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas establecidas por la ley, y por otro, hacia las intervenciones psicosociales y educativas orientadas a la rehabilitación y reinserción social. Los programas de rehabilitación de agresores intentan conseguir que asuman su responsabilidad como tal, así como el cambio de conducta. Existe controversia y cierto escepticismo respecto a las posibilidades rehabilitadoras de los hombres maltratadores; las experiencias que se conocen, tanto en Europa como en EEUU, han tenido unos resultados modestos, pero hemos de tener en cuenta que estas intervenciones han sido casi siempre en hombres generalmente convictos de delitos graves, por orden judicial (no de forma voluntaria) y con alto índice de abandonos de la terapia[75,76,77]

Hay experiencias más esperanzadoras, como las realizadas por grupos Canadienses[78] y algún grupo español[76], pero será preciso contar con más experiencia en este tipo de tratamientos, y en series más amplias y diversas de agresores, para poder evaluar la efectividad de este tipo de terapias a más largo plazo.

Parece necesario dar una alternativa terapéutica a los maltratadores, a los que no podemos considerar enfermos mentales, pero sí necesitados de ayuda para conseguir el cambio de conducta. En el momento actual en casi todas las CCAA existen programas de rehabilitación de maltratadores, aunque se dispone de pocos resultados por su escasa trayectoria temporal.

Consideramos muy importante hacer énfasis en la prevención, con intervenciones con hombres adolescentes y jóvenes, en la promoción de la igualdad, del buen trato y la corresponsabilidad superando roles tradicionales de hombres y mujeres que aún persisten en nuestra sociedad. Estas medidas preventivas nos parecen claves para conseguir la erradicación de la violencia en nuestra sociedad

8. ABORDAJE MULTIPROFESIONAL Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Tras la detección de una situación de maltrato en la consulta de Atención Primaria, con frecuencia hemos de contar con otros profesionales y dispositivos para dar respuesta a las distintas necesidades de la mujer y su familia, a nivel sanitario, social, laboral, jurídico, etc. La violencia contra la mujer en la pareja es un problema cuya solución requiere un abordaje coordinado multiprofesional y multisectorial, pero el derivar a otros recursos no significa eludir el seguimiento por el profesional que ha detectado el caso.

Antes de iniciar una derivación y/o consulta en cualquier momento del proceso, se explicará a la mujer la actuación que se va a seguir y el hecho que la motiva. Es preciso mantener una actitud profesional que no victimice de nuevo a la mujer. Los motivos pueden ser:

- Por la necesidad del recurso (o profesional), cuando la demanda no se puede satisfacer en el propio centro.

- Cuando por razones de confidencialidad o de seguridad, prefieran acudir a otro centro.

- Por preferencia de la mujer (generalmente por cuestiones de confianza y relación profesional-paciente).

- Porque el profesional necesite asesoramiento y compartir el proceso de acompañamiento con otro u otros profesionales (a veces es suficiente una interconsulta de valoración y asesoría).

- Porque el profesional no se siente capaz de seguir el caso por motivos técnicos o emocionales (ansiedad excesiva del profesional al escuchar el dolor de las demás, identificación u otras barreras emocionales).

Cuando tomamos la decisión de derivar a otro profesional a una mujer que sufre maltrato, tenemos que tener en cuenta que muchas veces acabamos de conocer la situación y somos la primera persona y a veces la única que conoce el problema. Puede que sea la primera vez que se ha decidido a hablar de su situación, manifestando sus sentimientos y miedos, por lo que hemos de ser muy prudentes y respetuosos al plantearle una propuesta de derivación. Se debe informar a la mujer del objetivo de la misma y contar con su aceptación (salvo casos de peligro extremo). Es fundamental mantener la relación con la víctima, y si ésta peligra por "forzar" una derivación, es preferible posponerla, y abordarlo en futuras visitas.

Recordar que:

- Cada interviniente debe de tener claro su papel y su responsabilidad, y que sea conocido por los demás.

- Es aconsejable que haya una figura de referencia para cada caso (no necesariamente un cargo o perfil profesional), a veces el profesional a quien la mujer reveló el maltrato por primera vez (médico, enfermera, trabajador social,…) es en quién la mujer confía, siempre que el profesional se sienta capacitado y disponga de tiempo para ello.

- Debe de realizarse un plan de intervención conjunto con la mujer y el profesional de referencia, que será el encargado de coordinarse con otros recursos.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que la mujer puede no acudir a los servicios donde es remitida, por diversos motivos. Para mejorar esto, antes de hacer una derivación debemos:

- Asegurarnos de que los servicios a los que se deriva son congruentes con las necesidades de la mujer.

-Analizar las posibles dificultades que puede tener la mujer para acudir a otros servicios: rol de cuidadora, miedo a que su pareja se entere, no tener vehículos…

- Poner medidas para que facilitar que la mujer acuda al servicio al que le remitimos:

-informar sobre el servicio en detalle: ubicación, como llegar, persona que le atenderá.

-llamar y concertar la cita si la mujer así lo desea.

-entregarle por escrito toda la información necesaria de la cita: hora, lugar, como acceder, persona que le atenderá. Advertirla de que se asegure que nadie vea ese papel.

-si es necesario facilitar que alguien acompañe a la mujer.

8.1 Derivación a servicios de la Red Sanitaria

- Servicios de salud mental (ver abajo criterios de derivación)

-Servicios de urgencia: ante riesgo vital físico o psicológico o agresión sexual

-Servicios de toco-ginecología: si se precisa por embarazo o patología ginecológica

-Servicios de pediatría: ante un caso en la que existen hijos menores de 14 años

Nunca estará indicada la terapia de pareja cuando existe una relación de maltrato, por tanto esta sería una indicación inadecuada de derivación.

8.1.1. Criterios de derivación a los servicios de salud mental[79]

Los dispositivos de salud mental son uno de los recursos a los que con mayor frecuencia es necesario derivar a una mujer que sufre malos tratos, debido a su repercusión en la esfera psicológica. Los criterios más frecuentes de derivación son los siguientes:

Los que tienen que ver con la gravedad del trastorno psicopatológico secundario:

- Depresión grave.

- Riesgo autolítico.

- Trastornos por estrés postraumático.

- Trastornos fóbicos graves.

- Dependencia psicológica del maltratador.

Los que tienen que ver con la relación con el profesional:

- Cuando el profesional de Atención Primaria percibe que el proceso se estanca y la víctima presenta alteraciones psicopatológicas que le impiden tomar decisiones, es conveniente la derivación a un Servicio de Salud Mental. En cualquier caso, es imprescindible explicitar que, aunque se derive a otro recurso, seguiremos su evolución, programando visitas de seguimiento y expresando nuestra oferta de ayuda cuando lo necesite.

No obstante, siempre que la víctima se sienta apoyada por el profesional que ha detectado el maltrato y él, por su parte, se sienta capaz de ayudarla, se mantendrá la relación antes de derivarla a otros profesionales, ya que con frecuencia las víctimas presentan dificultad para establecer nuevos vínculos.

- Cuando el profesional de Atención Primaria crea necesaria una valoración psicológica inicial por experto y asesoramiento para el seguimiento.

- Cuando un profesional de los centros de acogida de la red de atención a víctimas de VG de servicios sociales, (casa de acogida o centro de emergencia), detecte síntomas de posible enfermedad mental grave, solicitará al médico de familia la derivación preferente a los servicios de salud mental

Los que tienen que ver con la situación de la víctima:

- Afectación actual y previa secundaria al maltrato.

- Trastornos psicopatológicos previos.

- Personalidad previa.

- Historia de abusos anteriores.

- Estrategias de afrontamiento desarrolladas.

- Apoyos sociales con los que cuenta.

Las mujeres que han sufrido abusos en su infancia tienen mayor dificultad para reconocerse como víctimas de violencia por parte de su pareja y son más frecuentes los sentimientos de autoculpabilidad[80].

Por otra parte, el soporte social es fundamental, ya que se sabe que la existencia de figuras significativas de apoyo supone un factor protector frente a las consecuencias psicológicas del maltrato; también es un factor pronóstico positivo, el haber desarrollado estrategias de afrontamiento positivas frente a otros acontecimientos vitales estresantes (cualidades de resiliencia).

Una alta proporción de mujeres que han vivido experiencias de abuso, con frecuencia durante periodos prolongados de su vida, precisan para salir de su proceso traumático y superar las secuelas psicológicas del mismo, intervenciones psicológicas (individuales y grupales) realizadas por profesionales expertos (psicólogos, psiquiatras, o enfermeras o trabajadoras sociales) formados específicamente para tratar la problemática del maltrato **desde una perspectiva de género** en la que se aborden las causas, el mantenimiento de la situación y su experiencia vivida, para trabajar con ellas cambios profundos que le permitirán salir de la situación de abuso y retomar de nuevo las riendas de su vida.

Además de los Equipos de Salud Mental, existen recursos específicos para la atención psicológica a víctimas dependientes de servicios sociales (ver apartado siguiente). También algunos ayuntamientos, organismos de igualdad, y asociaciones de atención a víctimas tienen profesionales para la atención psicológica. Es un recurso complementario a los Servicios de Salud Mental para mujeres que, no teniendo criterios de derivación a Salud Mental o dificultad para el acceso, podrían beneficiarse de estos programas de ayuda para elaborar el proceso de cambio, fortalecer su autoestima y recuperar el control de su vida.

Cuando la derivación se haga a los Servicios de Salud Mental del SACYL, se indicará su carácter urgente, preferente u ordinario según los criterios siguientes:

Criterios de derivación urgente

- Riesgo autolítico.

- Episodios de agitación psicomotriz.

- Crisis aguda de ansiedad.

Se procederá a la derivación de la mujer al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para su valoración.

Criterios de derivación preferente (consulta en 15 días)

- Episodios depresivos graves (alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento, abandono de autocuidados…).

- Trastorno por estrés postraumático.

- Descompensación de trastornos psicóticos crónicos.

Criterios de derivación por vía ordinaria

- Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo.

- Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves

- Asociación de abuso de sustancias y alcohol.

- Cuando se considere que precisa ayuda psicológica especializada para elaborar el proceso de cambio (dependencia psicológica, antecedente de estrategias de afrontamiento inadecuadas…)

- Cualquier otra situación que genere dudas o necesidad de asesoramiento al profesional de Atención Primaria.

8.2. Derivación a los Servicios Sociales

Como hemos comentado, la violencia de género en toda su extensión, representa uno de los problemas sociales y de salud pública más significativos y relevantes en la actualidad y los sistemas sanitario y social constituyen dos de los ámbitos que, con mayor grado de responsabilidad y coherencia, han de ofrecer a diario respuestas profesionales a las situaciones de violencia que sufren hoy día las mujeres por parte de sus parejas no sólo desde el punto de vista de la atención, sino también de la prevención y la detección precoz.

Para ello es imprescindible contar con una adecuada formación y una **efectiva coordinación institucional e interinstitucional:**

- Con una coordinación de todos los recursos disponibles.
- Con el trabajo en red de todos los agentes públicos y privados que intervienen en la atención a víctimas de violencia de género.
- Y desde la perspectiva de un Modelo Regional que recoja la actuación de las administraciones públicas: local, regional y estatal; de entidades públicas y privadas y las del tercer sector.

Para hacer efectiva esta coordinación se ha impulsado desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, el modelo de atención integral a las víctimas de violencia de género "Objetivo Violencia Cero", aprobado por Acuerdo 130/2015, que se expone en el Anexo V. Este modelo se está implantando en las nueve provincias con la colaboración e implicación de las Corporaciones Locales, y de todos los agentes públicos y privados implicados en la atención y protección a víctimas de violencia de género.

8.2.1. Coordinación entre el sistema sanitario y servicios sociales

Como hemos visto, tras la detección y valoración del caso por los servicios sanitarios (equipos de atención primaria, urgencias y hospital) se procederá a la atención y apoyo inmediato (ERES) (ver apartado 7.3.1 Intervención Inicial).

En AP se realizará la valoración secundaria del caso por el equipo de atención primaria (medicina, enfermería y trabajador/a social) donde se acompañará a la mujer en su proceso según la fase de motivación en la que se encuentre apoyando su empoderamiento (ver apartado 7.3.2. Apoyo Secundario).

Si en este proceso se detecta que la mujer necesita recursos sociales entre los que se encuentra un apoyo psicológico más especializado y cuando ella así lo desee y esté preparada para ello, se le derivará al CEAS donde se le asignará un Coordinador de Caso, que será su profesional de referencia a partir de ese momento y que diseñará junto con la mujer un plan de atención integral adaptado a sus necesidades.

La información sobre el CEAS que le corresponde según su domicilio, puede obtenerse a través del 012 (ver Anexo VII Mapa de recursos).

En el ámbito de Atención Especializada, como se ha comentado en el apartado anterior de actuaciones sanitarias, siempre que no sea un caso urgente (que precisará de atención en urgencias hospitalarias o derivación al centro de emergencia) se remitirá al equipo de atención primaria para su valoración secundaria y seguimiento aunque el/la trabajador/a social del hospital podrá contactar con el CEAS si así se precisa, informando al equipo de atención primaria al alta de la paciente.

Para la atención en los CEAS es de interés la información que se haya recogido en los servicios sanitarios: la entrevista clínica y la valoración del caso (duración, apoyos, fase de motivación) y los indicadores de riesgo detectados (RVD si se hubiere realizado).

Los/as profesionales que intervienen en la derivación en el procedimiento general de actuación son:

- **El trabajador/a social de los servicios de salud:**

  Será el profesional que sirva como nexo de derivación entre los facultativos de los Equipos de atención primaria, urgencias y especialidades sanitarias y el coordinador de caso del CEAS correspondiente al domicilio de la víctima. Deberá recoger el consentimiento para compartir datos de la víctima, para la derivación al CEAS. (Ver Modelos de Solicitudes Servicios Sociales Anexo VI. 3)

- **El personal sanitario:**

  Será quien, tras la detección de la situación de violencia de género derive directamente a la víctima al trabajador social del equipo sanitario.

  En aquellos centros sanitarios donde no sea posible la derivación de la mujer a través del trabajador social, podrá ser el propio facultativo quien realice la derivación directa al CEAS.

En la atención a las necesidades psicosociales de las mujeres que sufren violencia de pareja pueden precisarse dos formas de acceso a los recursos según los casos:

a) Como **RECURSO DE URGENCIA** ante una situación detectada de violencia de género, los facultativos de los Servicios de Urgencia hospitalaria, los Servicios de Urgencia de centros de salud, y los Servicios de Emergencias Sanitarias (112) son canal de acceso directo a los **centros de emergencia (CEM)** de la Red de atención a víctimas de violencia de género de la comunidad: (Anexo VI. 1)

   - En estos centros se acogerá con carácter urgente a las mujeres víctimas de violencia de género y, en su caso, a cualquier persona bajo su dependencia, bajo los siguientes criterios:
     - ✓ Encontrarse en una situación de grave riesgo que haga necesaria una intervención urgente.
     - ✓ Carecer de alojamiento alternativo seguro.
     - ✓ Solicitarlo voluntariamente.
   - En la actualidad, en la comunidad de Castilla y León hay tres CEM que están gestionados por Cruz Roja: los facultativos contactarán telefónicamente con el Centro Autonómico de Coordinación de Cruz Roja Castilla y León quien trasladará la llamada a la persona responsable del Centro. **El teléfono de contacto para la derivación directa a los CEM es 983 336777**.
   - Los facultativos aportarán la máxima información posible sobre la víctima y las personas dependientes de ella y sobre la necesidad de derivar a este recurso.
   - La persona responsable del CEM mantendrá una entrevista telefónica con los facultativos y con la mujer, en la que realizará la recogida de datos e información del recurso.
   - El desplazamiento de las mujeres y personas dependientes se gestionará por el propio CEM. El responsable del CEM acordará con los facultativos el punto de recogida de la mujer.

- En caso de denegación del ingreso, el responsable del CEM informará telefónicamente tanto a la mujer como a los servicios sanitarios, y enviará también un correo electrónico con la motivación de la denegación a la Sección Mujer de la Gerencia Territorial de la provincia donde se encuentre la mujer en el momento en el que se realiza la solicitud. En dicho correo se incluirán los datos del Servicio Sanitario y unos mínimos de la mujer solicitante.

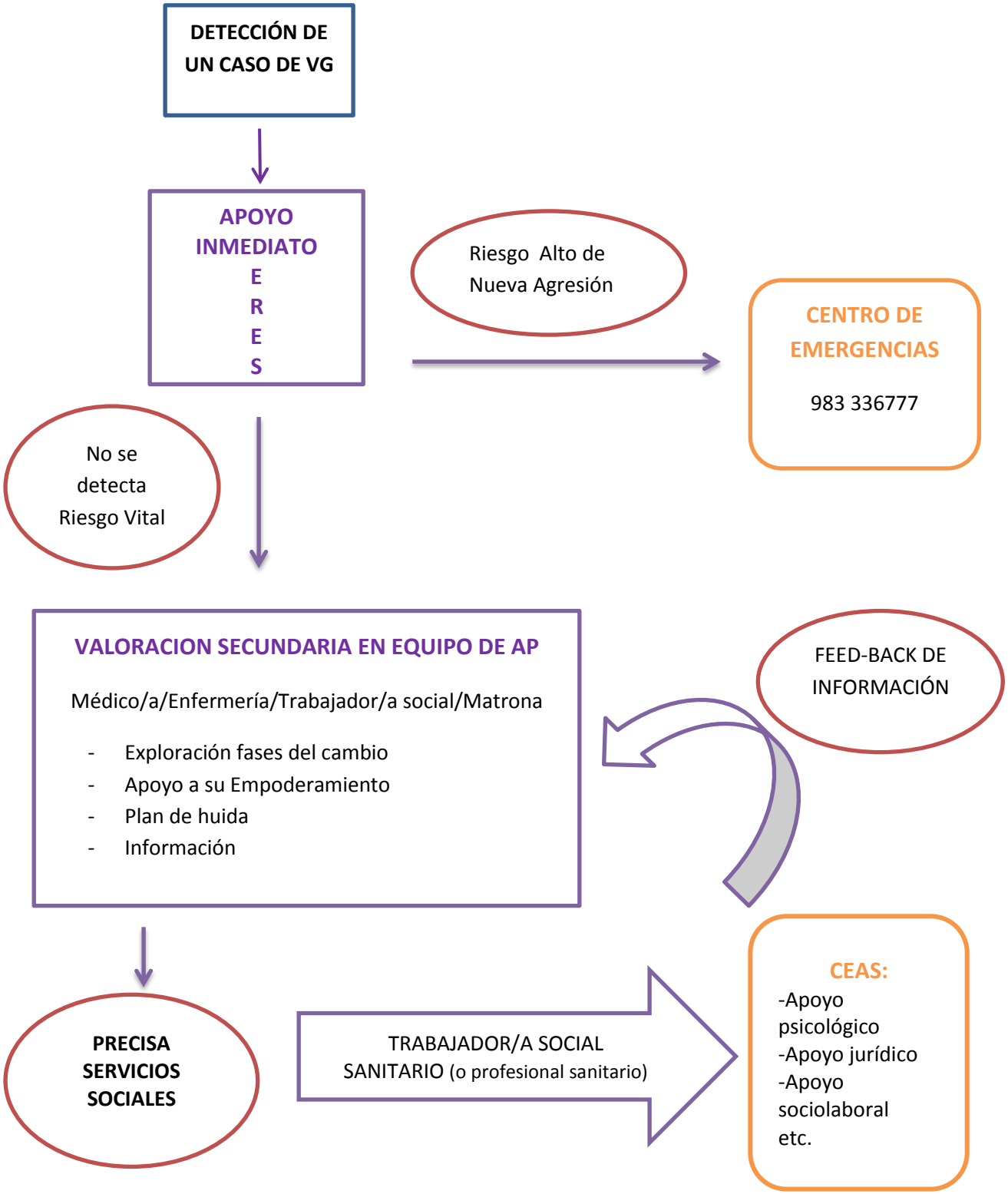
  En los casos de riesgo alto, la activación de los Servicios Sociales se realiza desde el juzgado y/o la fiscalía.

b) **PROCEDIMIENTO GENERAL**:

- Si **la paciente tiene factores de riesgo y vulnerabilidad para VG y además necesita recursos de la red de atención a las mujeres víctimas de violencia de género:** se derivará el caso (con autorización de la mujer) a través del trabajador social sanitario, al CEAS correspondiente a su domicilio, donde se le asignará un profesional de referencia que será su coordinador de caso, para poner en marcha las medidas de prevención y apoyo.
- Si **la paciente está confirmada como víctima de VG sin riesgo vital y además necesita recursos de la Red de Servicios Sociales:** en este caso, también se derivará a la paciente (previa autorización de la mujer) a través del trabajador social sanitario al CEAS que le corresponda según su domicilio.
- Cuando se detecte un caso de VG, si los profesionales responsables consideran que el seguimiento y coordinación deba hacerse en los dispositivos específicos de los servicios sociales, puede ser derivado a su criterio.
- El trabajador social sanitario y el coordinador de caso del CEAS compartirán un **sistema común de detección y notificación** de las situaciones de violencia de género detectadas. Esta comunicación se realizará a través del **módulo de detección del SAUSS**.

- El trabajador social sanitario grabará la información de la víctima para que los profesionales de Servicios Sociales continúen la atención a la mujer. La **información** a trasladar será la siguiente:
  1. Resultados del test de diagnóstico de violencia de género si se ha realizado.
  2. Conclusiones de la entrevista clínica de violencia de género realizada.
  3. Valoración del riesgo de la víctima (si se aplicó el RVD) o indicadores de dicho riesgo.
- El sistema lanzará una tarea de valoración que será recogida por el coordinador de caso, que será quién se encargará de coordinar todas las actuaciones que se llevarán a cabo con cada víctima.
- Para garantizar una continuidad y seguimiento asistencial con la mujer, desde Servicios Sociales se informará de las actuaciones realizadas y de su plan de intervención, mediante informe escrito, a los/as profesionales de referencia del equipo de atención primaria que le correspondan.

ALGORITMO DE COORDINACIÓN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES



8.2.2. Recursos de la red de atención a víctimas de violencia de género dentro la red de servicios sociales:

Las prestaciones, recursos y actuaciones destinadas a la atención integral de las mujeres víctimas de violencia de género y a las personas de ellas dependientes, mayores o menores, configuran la red de atención a las mujeres víctimas de violencia de género en los términos de la Ley 13/2010, de 9 de diciembre.

Las prestaciones del modelo de atención se ordenan y califican en el catálogo de servicios sociales de Castilla y León aprobado por Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, así como en las Directrices del Modelo de Atención integral a víctimas de violencia de género "Objetivo Violencia Cero", aprobadas por Acuerdo 130/2015, de 10 de septiembre, de la Junta de Castilla y León y se agrupan en función del tipo de necesidades a las que se pretende dar respuesta.

Estos serán gestionados y coordinados a través del coordinador de caso del CEAS correspondiente:

1. **Prestaciones y actuaciones especializadas orientadas a las necesidades de información orientación y valoración:**
   - Información sobre mujer y violencia de género.
   - Orientación y asesoramiento jurídico
   - Traducción e interpretación para mujeres que no conozcan la lengua oficial.
2. **Prestaciones y actuaciones orientadas a la seguridad y autonomía:**
   - Valoración, orientación y planificación.
   - Acreditación administrativa de la condición de víctima de violencia de género.
   - Apoyo psicológico para la víctima y las personas de ella dependientes.
   - Apoyo a la víctima de violencia de género en el entorno familiar.
   - Teleasistencia.
   - Puntos de encuentro familiar.
   - Prestaciones económicas: art. 27 de la Ley Orgánica 1/2004.
   - Centros de emergencia, casas de acogida y viviendas
   - Integración sociolaboral de las mujeres víctimas de violencia de género
   - Tratamiento psicológico a maltratadores (ver Programa Fénix, Anexo VI. 2)
3. **Otras prestaciones no específicas:**
   - Prestaciones económicas: renta garantizada de ciudadanía.
   - Renta activa de inserción (RAI).

8.3. Derivación a otros servicios

- De protección: fuerzas de seguridad: policía nacional (EMUME), guardia civil (GRUME), policía municipal (SAM): teléfono **112**.

- De información a víctimas: teléfonos de información: **012** de la Comunidad Castilla y León de 8:00 de la mañana a 22:00 de la noche de lunes a viernes y sábados de 10:00 a 15:00. Fuera de este horario, se puede dejar la consulta en el buzón de voz y el 012 mujer devolverá la llamada, en dos días hábiles, con la información solicitada. La llamada del **016** en este horario indicado se transfiere al 012.

- De apoyo: organismos de igualdad, asociaciones comunitarias de ayuda a víctimas, asociaciones de mujeres, etc… (Ver Anexo VII Mapa de recursos)

8.4. Algoritmos de las intervenciones en los diferentes contextos de actuación.

La adaptación a los contextos de intervención es necesaria para que las actuaciones respondan a las necesidades y expectativas de las mujeres, tengan en cuenta su diversidad, su situación social, sanitaria, demográfica, cultural y personal.

Situaciones como inmigración, discapacidad, ruralidad, precariedad económica, edad (mujeres mayores, adolescentes), algunos tipos de violencia como la trata, la mutilación genital, etc., deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar cualquier plan de intervención.

Por otra parte, los casos de violencia de género son muy diversos y puede ser detectados en cualquier nivel de atención del sistema sanitario (atención primaria, servicios de urgencias de AP y hospital, emergencias sanitarias, consultas externas de cualquier especialidad, planta hospitalaria). Por ello, y para que sirva de ayuda a los/as diferentes profesionales de todos los ámbitos, presentamos las siguientes vías de coordinación (ver algoritmos en apartados siguientes: 8.4.1.-8.4.6).

Consideramos una parte importante de la atención en todos los niveles la escucha activa y el reconocimiento de su vivencia en el marco de la entrevista clínica que es una parte fundamental de la actuación en todos los ámbitos. También hacer una valoración global del caso de maltrato y una valoración clínica física, psicológica y del riesgo de nueva agresión grave.

Como hemos comentado, para una atención de calidad es necesario el enfoque de atención integral centrada en la mujer y que todas las actuaciones estén coordinadas entre los profesionales implicados.

Las actuaciones y los servicios de apoyo variarán según el nivel asistencial en el que nos encontremos y deben ir en relación a las necesidades y expectativas exploradas en las mujeres.

VIAS DE COORDINACIÓN EN LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN VG DESDE LOS DISTINTOS SERVICIOS SANITARIOS

8.4.1. La mujer acude a las consulta de Atención Primaria:

Mujeres mayores de 14 años (Cartera de servicios)

CRIBADO
(Preguntas facilitadoras o test de cribado)

No se confirma

Signos de sospecha

SI

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Informe al Fiscal/Juez**
- Si no riesgo: Informar a la mujer sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Concertar nuevas citas
3. Registro en la historia clínica

NO

Registrar en HC

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
-Valoración de la situación de maltrato
1. Tipo del maltrato
2. Evolución del maltrato: inicio, frecuencia
3. Valoración de la motivación de la mujer
- Preguntar por la situación de los hijos /as si los hubiera
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Empoderar.

Evaluación de Riesgos

Existe **Riesgo Vital Físico**

Existe **Riesgo Vital Psíquico**

Existe **Riesgo de nueva Agresión Grave** (preguntas facilitadoras o RVD)

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

Servicios de Apoyo

-Estabilización y tratamiento médico de soporte
- Derivar de forma segura al Hospital, avisando al servicio de **Urgencias Hospitalarias** para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

-Se realizará la contención emocional y psicológica adecuada
-Derivar de forma segura al **Hospital**, para ser atendida por **Psiquiatría de guardia**, avisando al servicio de Urgencias Hospitalarias para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

Se podrá contactar con **las FF SS y/o con el Juez de guardia**

Derivar al **Centro de Emergencia** si precisa alojamiento urgente vía 983 336777

- Realización parte judicial

INTERVENCION SECUNDARIA
-Atención según fases de motivación
-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
- Plan de seguridad y huida
- Valorar realización parte judicial
- Comunicar al pediatra la situación de MT de la madre si se considera oportuno
- Se la dará nueva cita en la **consulta de atención primaria** (medicina o enfermería o matrona que detectó) para seguimiento
- Se dará cita con el/la **trabajador/a social**

Si precisa recursos de la **Red de atención a víctimas de VG:**
-recurso habitacional
-atención psicológica,
-atención jurídica
-orientación laboral, etc.
Derivar a CEAs correspondiente desde TS.

8.4.2. Acude Emergencias Sanitarias con personal médico

ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE SOSPECHA (Ver texto)

No se confirma

Persiste sospecha

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Parte Judicial**
- Si no riesgo: Informar sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Aconsejar acudir a su médico/a de AP
3. Registro en la historia clínica

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Reforzar.

Evaluación de Riesgos

Existe **Riesgo Vital Físico**

Existe **Riesgo Vital Psíquico**

Existe **Riesgo de nueva Agresión Grave** (preguntas facilitadoras o RVD)

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

Servicios de Apoyo

-Estabilización y tratamiento médico de soporte

- Llevarla al Hospital, informando a su llegada al servicio de **Urgencias Hospitalarias** para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

-Se realizará la contención emocional y psicológica adecuada

-Llevarla al **Hospital**, para ser atendida por **Psiquiatría de guardia**, informando a su llegada al servicio de Urgencias Hospitalarias para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

Se podrá contactar con las **FF SS y/o con el Juez de guardia**

Derivar al **Centro de Emergencia** si precisa alojamiento urgente vía 983 336777

- Realización parte judicial

-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
-Realización parte judicial
-Registrar en historia clínica
-Se la aconsejará acudir a su **consulta de atención primaria** para seguimiento.

8.4.3. La mujer acude a Urgencias de Atención Primaria:

ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE SOSPECHA
(Ver texto)

No se confirma

Persiste sospecha

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Parte Judicial**
- Si no riesgo: Informar sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Aconsejar acudir a su médico/a de AP
3. Registro en la historia clínica

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Empoderar.

Evaluación de Riesgos

Existe **Riesgo Vital Físico**

Existe **Riesgo Vital Psíquico**

Existe **Riesgo de nueva Agresión** Grave (preguntas facilitadoras o RVD)

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

Servicios de Apoyo

-Estabilización y tratamiento médico de soporte

-Derivar de forma segura al Hospital, avisando al servicio de **Urgencias Hospitalarias** para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

-Se realizará la contención emocional y psicológica adecuada

-Derivar de forma segura al **Hospital**, para ser atendida por **Psiquiatría de guardia**, avisando al servicio de Urgencias Hospitalarias para que sea vista con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

Se podrá contactar con las **FF SS y/o con el Juez de guardia**

Derivar al **Centro de Emergencia** si precisa alojamiento urgente vía 983 336777
- Realización parte judicial

-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
-Realización parte judicial
-Registrar en historia clínica
-Se avisará (si ella lo desea) a su **médico/a de Atención Primaria** para seguimiento y se la aconsejará acudir a la consulta de AP lo antes posible.

8.4.4. **La mujer acude a Urgencias Hospitalarias** por demanda propia o derivada desde otro punto de atención de salud.

ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE SOSPECHA (Ver texto)

No se confirma

Persiste sospecha

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Parte Judicial**
- Si no riesgo: Informar sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Aconsejar acudir a su médico/a de AP
3. Registro en la historia clínica

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Reforzar

Evaluación de Riesgos

Existe **Riesgo Vital Físico**

Existe **Riesgo Vital Psíquico**

Existe **Riesgo de nueva Agresión Grave** (preguntas facilitadoras o RVD)

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

Servicios de Apoyo

Actuaciones que precise:
- Estabilización y tratamiento médico que precise,
- Ingreso si es necesario
- Interconsulta a otros especialistas que sean necesarios
- Al alta, se avisará a su **médico/a de atención primaria** y demás medidas referidas para el caso de no detectarse riesgo vital
- Realización parte judicial

Será atendida por **Psiquiatría de guardia**:
-Estabilización psicológica y tratamiento que precise
-Ingreso si es necesario
-Al alta se avisará a su **médico/a de atención primaria** y al **Servicio de Salud Mental** donde se vaya a hacer el seguimiento, además de las medidas referidas para el caso de no detectarse riesgo vital.
- Realización parte judicial

-Se podrá contactar con las **FF SS y/o con el Juez de guardia**
-Se avisará al **Servicio de Seguridad** del hospital si es necesario proteger a la mujer mientras esté en el recinto hospitalario.

Derivar al **Centro de Emergencia** si precisa alojamiento urgente vía 983 336777
- Realización parte judicial

-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
-Realización parte judicial
-Registrar en historia clínica
-Se avisará (si ella lo desea) a su **médico/a de Atención Primaria** para seguimiento y se la aconsejará acudir a la consulta de AP lo antes posible.

8.4.5. La mujer acude a Consultas Externas de Atención Especializada

ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE SOSPECHA (Ver texto)

No se confirma

Persiste sospecha

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Informe al Fiscal/Juez**
- Si no riesgo: Informar sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Aconsejar acudir a su médico/a de AP
3. Registro en la historia clínica

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Reforzar

Evaluación de Riesgos

Existe **Riesgo Vital Físico**

Existe **Riesgo Vital Psíquico**

Existe **Riesgo de nueva Agresión Grave** (preguntas facilitadoras o RVD)

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

Servicios de Apoyo

-Se realizará la estabilización y tratamiento médico de soporte que precise
-Si es una consulta extrahospitalaria, se derivará de forma segura al Hospital
-Si es una consulta intrahospitalaria se la acompañará con un/a celador/a al servicio de urgencias, avisando al servicio de **Urgencias Hospitalarias** para ser atendida con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

-Se realizará la contención emocional y psicológica adecuada
-Si es una consulta extrahospitalaria, se derivará de forma segura al Hospital, para ser atendida por **Psiquiatría de guardia**, avisando al servicio de Urgencias Hospitalarias
-Si es una consulta intrahospitalaria se la acompañará con un/a celador/a al servicio de urgencias, avisando al/a Psiquiatra de guardia para ser atendida con la prioridad adecuada
- Realización parte judicial

-Se podrá contactar con las **FF SS y/o con el Juez de guardia**
-Se avisará al **Servicio de Seguridad** del hospital si es

Derivar al **Centro de Emergencia** si precisa alojamiento urgente vía 983 336777
- Realización parte judicial

-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
-Realización parte judicial
-Registrar en historia clínica
-Se avisará (si ella lo desea) a su **médico/a de Atención Primaria** para seguimiento y se la aconsejará acudir a la consulta de AP lo antes posible.

8.4.6. La mujer está hospitalizada y se detecta que es víctima de maltrato de pareja:

ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE SOSPECHA
(Ver texto)

No lo confirma

Persiste sospecha

1.-Evaluar Riesgo:
-Si es alto: **Informe al Fiscal/Juez**
- Si no riesgo: Informar sobre repercusiones de violencia y recursos
2.-Aconsejar acudir a su médico/a de AP
3. Registro en la historia clínica

SE CONFIRMA EL CASO DE VG: INTERVENCION MÍNIMA ERES

Escucha Activa

ENTREVISTA CLÍNICA
- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.
- Empatía, ponernos en su lugar.
- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.

Registro en la historia clínica

Reconocimiento de su vivencia

ACOGIDA
-Acogerla emocionalmente.
-Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.
-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.
-Desculpabilizar. Reforzar

Evaluación de Riesgos

Servicios de Apoyo

Existe **Riesgo Vital Físico**

-Estabilización y tratamiento médico de soporte
-Se realizarán las **interconsultas** necesarias a otros facultativos según la anatomía y gravedad de las lesiones.
- Realización parte judicial

Existe **Riesgo Vital Psíquico**:

-Se realizará la contención emocional y psicológica adecuada

-Se realizará interconsulta urgente a **Psiquiatría de guardia**
- Realización parte judicial

Existe **Riesgo de nueva Agresión Grave** (preguntas facilitadoras o RVD)

-Se podrá contactar con las **FF SS y/o con el Juez de guardia**
-Se avisará al **Servicio de Seguridad** del hospital si es necesario proteger a la mujer mientras esté en el recinto hospitalario.
- Realización parte judicial

Si **no se detecta ningún riesgo** vital

-Informar: repercusiones violencia, recursos existentes
-Realización parte judicial
-Se podrá contactar con el/la **trabajador social del hospital** si la mujer así lo desea, que al alta se pondrá en contacto con el de AP.
-Al alta se contactará con su **médico/a de Atención Primaria** para seguimiento.

9. MALTRATO EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

9.1 Maltrato y embarazo

El embarazo es una situación de vulnerabilidad para el maltrato, y un porcentaje importante de malos tratos se inician en el primer embarazo.

Por otra parte, el maltrato constituye una factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, entendiendo por "factor de riesgo gestacional" aquella circunstancia que estando presente durante la gestación va a producir un aumento significativo de la morbimortalidad materna y perinatal. Numerosos estudios corroboran que las mujeres maltratadas presentan más cuadros de estrés, infecciones, anemia, abortos espontáneos, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, distrés fetal y muerte fetal y neonatal,[81,82,83,84,85,86,87].

Además, el maltrato que sufre la mujer puede dificultar las tareas de crianza por condicionar el estado emocional de la mujer, unido a la sobrecarga a la que se va a ver sujeta. El maltratador en ocasiones va a interponerse y dificultar el establecimiento del vínculo de apego entre la madre y la criatura. La constante desvalorización de la función materna y por extensión del papel de la mujer en la sociedad puede favorecer el modelado de comportamientos desajustados y sexistas en los niños y niñas.

Actuaciones prevención primaria

El periodo del embarazo, ofrece posibilidades de realizar actividades de prevención primaria a través de la educación para la salud, incluyendo en los talleres de educación para la maternidad y paternidad, y de preparación al parto intervenciones sobre "buenos tratos en la relación de pareja" que aborde los aspectos de género e igualdad, el amor y la pareja, la sexualidad, la violencia (relaciones abusivas y "lo que no es buen trato"), la corresponsabilidad en la crianza, en las tareas de cuidados y domésticos y la resolución pacífica de conflictos, en formatos de charlas y talleres interactivos.

Diagnóstico del maltrato en el embarazo

Se aconseja realizar **pregunta rutinaria a toda mujer embarazada** para investigar la posibilidad de estar en una relación de maltrato. Conviene realizar preguntas en relación con su aceptación del embarazo y la de su pareja, los cambios que ha supuesto y cómo los vivencian, si ha generado situaciones de conflicto que nos ayuden a valorar mejor situaciones de sospecha.

Se buscará el momento más favorable para la comunicación, explicando las razones de nuestras preguntas, ejercitando la escucha activa y la empatía y cuidando la privacidad y la confidencialidad.

Los signos y síntomas que pueden hacernos sospechar que la mujer embarazada pueda sufrir maltrato son los mismos que en el caso de mujeres no embarazadas (tabla 4). Sin embargo, durante el embarazo, tanto en

la anamnesis como en la exploración, hay que prestar una especial atención a algunos indicadores gineco-obstétricos de sospecha, que con más frecuencia pueden aparecer en una mujer maltratada:

- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas.

- Dispareunia, dolor pélvico, ITS de repetición, anorgasmia, dismenorrea.

- Antecedentes de abortos repetidos (espontáneos o IVEs).

- Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.

Desde el punto de vista gineco-obstétrico, el embarazo en una mujer que está sufriendo maltrato, se debe considerar un embarazo de ALTO RIESGO, y hacer el seguimiento correspondiente, tanto físico como psicosocial

Si existe sospecha o se confirma el maltrato actuaremos según el protocolo general, teniendo presente que el embarazo es una situación que añade dificultad a las posibilidades de cambios y a la toma de decisiones por parte de la mujer.

9.2. Maltrato y discapacidad

La discapacidad física o psicológica constituye una situación de especial vulnerabilidad para el maltrato, y las mujeres que tienen esta condición constituyen un grupo de alto riesgo para sufrir algún tipo de violencia por parte de la pareja y, en otros casos, por personas del entorno familiar y personas que las cuidan.

Diversos protocolos y guías y estudios de organizaciones sociales y sanitarias han abordado el maltrato en las mujeres con distintos tipos de discapacidad [88], [89], [90], [91].

El informe presentado recientemente por la **Fundación CERMI** muestra cómo **las mujeres con algún tipo de discapacidad sufren más violencia de género**[92], y ello se debe al abuso de la posición de poder que lleva a cabo el hombre maltratador, no por una mayor fuerza física. Los datos de la Macroencuesta de 2015 mostraron que la prevalencia de la violencia de género en mujeres con discapacidad es más del doble, y mientras que en las mujeres sin discapacidad es del 12’5%, en las mujeres con discapacidad se eleva al 31% debido al abuso que dificulta denunciar la situación o salir de ella, tanto por las consecuencias de la violencia, como por las circunstancias personales y sociales. Además la violencia suele tener un carácter más agresivo. La violencia sexual por la pareja afecta a una de cada 5 mujeres discapacitadas.

¿Por qué son más vulnerables? Por tener:

- Menor capacidad de defenderse.

- Mayor dificultad para expresarse.

- Menor accesibilidad a la información y asesoramiento.

- Mayor frecuencia de baja autoestima y menosprecio de su propia imagen.

- Mayor dependencia de terceros. Indefensión.

- Mayor obediencia y sumisión a los adultos.

- Puede no ser conscientes de ello (por déficit intelectual).

- Menor acceso al trabajo remunerado y a la educación.

- Miedo a denunciar por temor a perder los vínculos y provisión de cuidados.

- Menor credibilidad a la hora de denunciar.

- Discriminación y prejuicio social hacia la mujer discapacitada.

- Barreras de comunicación, arquitectónicas, sociales y psicológicas.

Los **tipos de maltrato que pueden sufrir con mayor frecuencia** son:

1.-Psíquicos

En los que además de las formas descritas anteriormente, es frecuente que las ignoren, que se avergüencen de ellas, tomen decisiones por ella y les hagan chantaje emocional, control del dinero, impedir el acceso al trabajo o a la educación.

2.- Físicos

Son frecuentes además de los anteriormente expuestos, la negligencia res-pecto al aspecto físico, restricción de la movilidad y abuso de fármacos.

3.- Sexuales

Muchas veces se acompaña de chantajes, amenazas, restricción de la libertad, y en ocasiones se oculta por miedo, vergüenza desprotección o sentimientos de culpa.

A veces sus testimonios son puestos en duda sobre todo cuando se cuestiona su capacidad para entender o contar lo sucedido.

El papel de los profesionales de salud, cobra especial importancia en la atención a estas mujeres, y deben estar preparados y conocer las particularidades de este colectivo con mayor riesgo.

Signos y señales de alerta de maltrato físico

Además de los conocidos son más frecuentes en mujeres discapacitadas:

- Administración de fármacos injustificada.

- Restricción de la movilidad.

- Estado de sedación.

- Disfunción motora ajena a la deficiencia.

Signos y señales de alerta de maltrato psicológico

- Aislamiento.

- Sobreprotección, infantilización.

- No cuentan con ella para las decisiones.

- Depresión.

- Inseguridad, baja autoestima.

- Nerviosismo, ansiedad.

Signos y señales de alerta de negligencia/abandono

- Desnutrición.

- Falta de higiene.

- Abandono de tratamientos.

- Vestuario inadecuado.

- Ignorar/avergonzarse de su existencia.

- No valorara su opinión.

- Desinterés por su desarrollo personal.

Es importante tener en cuenta que las mujeres con discapacidad, por sus características personales tienen mayor dificultad para identificar abusos y agresiones sexuales. Existen agresiones sexuales que no dejan huellas físicas visibles en las víctimas, y en estos casos siempre hay que tener en cuenta la revelación de la víctima.

Las pautas de atención a mujeres con discapacidad que sufren maltrato, son las expuestas anteriormente, pero existen algunas recomendaciones específicas adaptadas a mujeres con discapacidad auditiva, visual o intelectual (Tabla 14).

Tabla 14.-Recomendaciones para los profesionales en la atención a mujeres con discapacidad

-Informar a las personas con dificultades de aprendizaje o sensoriales
-Facilitar la accesibilidad física a la información y a los lugares de atención.
-Fomentar la responsabilidad de los cuidadores/o familiares en la atención personal.
-Apoyar a los cuidadores capacitándoles para los cuidados estando alerta del riesgo de sobrecarga física y/o emocional que tienen, y facilitarles el acceso a programas de apoyo.
-Fomentar la comunicación y evitar el aislamiento.
-Información a la mujer sobre sus derechos.
-Facilitar el acceso a los recursos.
-Fomentar la cultura de respeto a la dignidad, a la diferencia y a la igualdad de derechos entre sexos.
-Formación a las mujeres con discapacidad, a sus familias y a sus cuidadores.

9.3. Maltrato en mujeres del medio rural

En España casi 7 millones y medio de mujeres viven en municipios de menos de 20.000 habitantes. El 50 % de las mujeres de Castilla y León viven en el medio rural.

En municipios pequeños, no existe el anonimato, y existe un fuerte control social, con lo cual todos los factores que habitualmente dificultan a la mujer tomar conciencia de su situación de maltrato y tomar medidas para ponerle fin, en el medio rural se acrecientan[93] .

Además de las barreras comunes para las mujeres para la revelación y denuncia de la situación de maltrato, el hecho de vivir en el medio rural añade algunas propias de este hábitat como son:

- Mayor control social.

- Menor accesibilidad a los recursos.

- Menor capacidad de independencia económica. Muchas familias rurales dependen de una economía familiar de tipo agrícola de régimen autónomo, cuyo titular es el marido y en la que la mujer aunque trabaje en ella no figura como trabajadora.

- Mayor dificultad para la protección de la víctima. A veces las órdenes de alejamiento son difíciles de cumplir en municipios de muy pequeño tamaño.

- Mayor riesgo de conductas de omisión o inhibición profesional, por el control social o por la repercusión que denunciar la situación puede tener en sus relaciones con la comunidad.

Estas situaciones hacen que el abordaje de la violencia contra la mujer en la pareja presente dificultades mayores que deberán tener en cuenta los profesionales para poder dar una respuesta eficaz.

Para ello se ve la necesidad de:

- Un mejor acceso a los recursos (mejorar el acceso a la información y a la atención social y psicológica, y jurídica mediante aumento de centros o profesionales de apoyo itinerantes, o en todo caso accesibles y seguros).

- Mayor coordinación interinstitucional e interprofesional. Necesaria en cualquier caso, pero imprescindible en este medio donde la lejanía geográfica añade dificultad a la gestión coordinada de los casos.

- Actividades de Información y sensibilización contra la violencia en el medio rural, en la que se implique también a los hombres a posicionarse contra la violencia ejercida por los maltratadores.

En Castilla y León se ha puesto en marcha un programa de atención a las mujeres víctimas de violencia en el medio rural, que ha protocolizado las vías e itinerarios por provincias con sus recursos específicos, para canalizar ayuda a las mujeres que lo necesiten[94] , que cuentas asimismo con mecanismos de coordinación intersectorial (servicios de salud, servicios sociales, Fuerzas de seguridad…). Por otra parte en el nuevo modelo de coordinación el papel más relevante y con mayores recursos de los CEAS, que están en el entorno más próximo, puede ser un elemento de mejora para la accesibilidad de las víctimas a los recursos.

9.4. Maltrato en mujeres extranjeras inmigrantes

La dimensión de violencia de género en las mujeres extranjeras según datos de la macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres (2015), es muy superior a las mujeres españolas: el 20,5% de las extranjeras han sufrido maltrato físico por alguna pareja a lo largo de la vida, frente al 9,5% de las españolas corroborando la alta vulnerabilidad para el maltrato de este grupo poblacional. Además, las mujeres de origen extranjero son las que sufren una violencia más severa.

Algunos aspectos hacen de la mujer inmigrante especialmente vulnerable al maltrato.

- Precariedad económica y laboral.

- Situaciones administrativas irregulares y el miedo a ser expulsadas del país.

- Mayores dificultades de comunicación y expresión (barreras idiomáticas).

- Mayor dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios.

- Algunas provienen de entornos socioculturales con acusados roles sexistas, por lo que no identifican conductas de maltrato.

- Escasa red social: cuentan con menos apoyos familiares o sociales.

El abordaje del maltrato en mujeres inmigrantes añade dificultad en el manejo de un problema ya complejo de por sí. Aspectos de sus culturas de origen pueden actuar como barreras y hacer especialmente compleja la intervención. En estos casos pueden ser de gran utilidad la ayuda de mediadores o mediadoras culturales,

y en todo caso ser especialmente cautos y prudentes para evitar efectos no previstos y represalias que pongan en riesgo a la mujer cuando desconocemos el significado que un determinado hecho tiene en su ámbito cultural.

En el caso de las mujeres inmigrantes, su situación administrativa irregular, puede dificultar la denuncia de los hechos. Deben ser informadas que aunque estén en situación irregular, no serán expulsadas del país, cuando se está en un proceso judicial por maltrato.

Una mención especial merecen las **mujeres es situación de trata con fines de explotación sexual**, cuyas situaciones son particularmente complejas, y se abordan en otro apartado (ver Anexo II Violencia sexual: Trata).

9.5. Maltrato en mujeres mayores

El maltrato a las personas mayores un problema que está muy oculto ya que es muy difícil de reconocer por las propias víctimas. En el caso de las mujeres mayores tienen un doble riesgo de sufrir violencia, en relación a los hombres mayores: por ser mujer y por ser mayor. El envejecimiento no va a afectar por igual manera a mujeres y hombres, ya que los roles diferentes que ha desempañado en su vida condicionan necesidades y situaciones de detrimento en los derechos de la mujeres y los efectos lo sufrirán en edades tardías (pensiones bajas, menor capacidad económica y de acceso a servicios, etc.)[95],[96]

Las mujeres mayores son más vulnerables a la violencia de género por mayor dependencia y dificultades para poner fin a la relación de maltrato:

- Maltratos muy crónicos de muchos años de duración, que han creado en ellas sentimientos de incapacidad e impotencia frente al maltratador.
- Dependencia económica por no haber realizado trabajos remunerados o haber tenido trabajos precarios con una pensión muy reducida.
- En la jubilación el hombre está más tiempo en casa y la convivencia puede empeorar, la mujer puede perder la única parcela en la que se desenvolvía más libremente.
- Al irse los hijos/as de casa la mujer se queda a solas con el maltratador y pierde el apoyo que tenía en ellos. En otras ocasiones son los hijos/as mayores que no apoyan las decisiones de la mujer de separarse, para que no deje sólo al padre sin cuidado, etc.
- En muchos casos y más en esta época de crisis, los hijos e hijas han tenido que volver al domicilio sobrecargando a las madres con más trabajo doméstico, cuidado de nietos/as, lo que disminuye las posibilidades de romper con el maltrato.
- Algunas mujeres se ven en la obligación de cuidar al hombre agresor porque está enfermo y en situación de dependencia. Otras mujeres son ellas las que están en situación de mala salud o discapacidad a esta edad y son dependientes de su pareja para su cuidado, con lo que el maltrato es posible que aumente en intensidad y gravedad.

La actuación ante la detección de una situación de maltrato en una mujer mayor, el protocolo a seguir es el mismo que el resto de los casos, siempre teniendo en cuenta los condicionantes sociales que pueden estar presentes (dependencia económica, discapacidad, dependencia, mayor resistencia a los cambios, a veces falta de apoyo de los hijos e hijas, prejuicios , miedo al estigma o a la opinión del entorno). La valoración por parte del trabajador/a social es importante y una buena información la mujer de las posibles alternativas, ayudarle a desdramatizar la situación y a vencer los miedos, desde una actitud realista.

Es importante que los profesionales no nos "contagiemos" de los prejuicios del entorno y demos por sentado que la mujer mayor no tomara decisiones de cambio o ruptura de la relación sin haber explorado las razones de sus resistencias, sus miedos y sus vulnerabilidades y sin haber trabajado con ella sus fortalezas y sus verdaderos deseos. No olvidemos que el segmento de mujeres mayores de 65 años es importante tanto en prevalencia como en mortalidad.

10. ASPECTOS ÉTICOS Y OBLIGACIONES LEGALES A VALORAR EN LA TOMA DE DECISIONES ANTE UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS

En la toma de decisiones ante una situación de maltrato, el profesional sanitario tiene que tener presente algunos deberes éticos y legales:

Deberes éticos

a. Velar por la vida y el beneficio en la salud de las personas (principio de beneficencia).

b. Evitar perjuicios para la salud de las personas (principio de no maleficencia).

c. Respetar la autonomía de la persona y por tanto sus decisiones.

d. Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional.

Deberes legales

a. Comunicar al juez el conocimiento o sospecha de una situación de maltrato conocida a través del ejercicio profesional, mediante la emisión de un parte judicial.

10.1. El parte judicial o parte de lesiones

Durante el año 2015 se ha creado un nuevo parte de lesiones en nuestra comunidad común para atención primaria y especializada.

Este parte de lesiones es común para todo tipo de lesiones o agresiones. Tiene un apartado específico de "Violencia de Género".

Cuando esté indicada su realización, cualquier profesional puede redactar la comunicación o parte de lesiones. No es imprescindible el modelo que la administración aporta para facilitar su cumplimentación al profesional. Si no se dispone del mismo, puede realizarse en un folio, firmarlo, poner su número de colegiado y con ello sería suficiente. Sin embargo, los modelos normalizados nos facilitan la recogida de toda la información pertinente y promueve la equidad.

Se debe hacer constar:

- Descripción detallada de las lesiones en cuanto a: naturaleza (erosiones, contusiones, excoriaciones), localización, forma, tamaño, aspecto, color, estadio de evolución (actuales o anteriores).

Se pueden utilizar los esquemas corporales dibujando sobre ellos la localización de las lesiones.

Los utensilios utilizados por el agresor quedarán reflejados, así como la fecha, hora y lugar de la agresión, según refiera la víctima.

- Valoración del estado emocional en que se encuentra la mujer y su actitud durante la exploración.

- Se deberá indicar el pronóstico supuesto, el tratamiento y las exploraciones realizadas, así como precisar si la mujer requirió ingreso hospitalario o no.

- Hay que especificar en el informe las derivaciones que se hacen: urgencias hospitalarias, salud mental, servicios sociales u otras.

Es muy importante señalar el estado emocional de la mujer en el momento de la atención urgente, ya que puede ser una información relevante para el forense y el juez.

Se le debe informar de que puede acudir a la oficina de asistencia a víctimas donde le proporcionarán asesoramiento si desea formular denuncia, asistencia letrada y psicológica o de otro tipo; si lo prefiere puede formular la denuncia directamente en el juzgado, cuartel de la guardia civil o comisaría de policía (se aconseja ir acompañada de testigos y preferiblemente de asistencia letrada).

En nuestro modelo sanitario es habitual que sea el facultativo que presta asistencia quién cumplimente el parte de lesiones, pero en su ausencia puede tener la misma obligación cualquier profesional sanitario que presta asistencia a la víctima (enfermera, matrona, trabajador /a social, etc.)

10.2. Realización del parte de lesiones (ver parte de lesiones Anexo VIII)

Antes de hacer el parte, siempre debemos informar a la mujer de la obligatoriedad de emitir el parte, de los beneficios que conlleva, del itinerario que sigue una vez emitido y sus consecuencias, e intentar contar con su aprobación.

Las dudas que con más frecuencia manifiestan los profesionales respecto a la realización del parte judicial son:

1.- Existe sospecha consistente de maltrato por signos o datos obtenidos en la historia clínica, pero la mujer lo niega al ser preguntada.

Una víctima de la violencia puede elegir no revelar información sobre una relación abusiva ante nuestras preguntas para la detección de la misma. Debemos de aceptar la respuesta de la mujer y su derecho a decidir. Tenemos que informar a la mujer de que el problema de los malos tratos no es algo excepcional y que, si se viese en esa situación, debe saber que puede contar con nosotros y no debe tener miedo a revelarlo.

En todos los casos se debe valorar el posible riesgo de la mujer, y en función de esta valoración, actuar.

a. Si existe riesgo vital o peligro extremo: se debe hacer parte judicial haciendo constar nuestra sospecha y que la paciente no reconoce el maltrato como causa de sus lesiones.

b. Si valoramos la situación como de bajo riesgo, podemos concertar una nueva consulta con la mujer; es posible que ella reconsidere su actitud y quizás en una consulta sucesiva se decida a revelar su situación. Es muy importante asegurar el seguimiento de la mujer si no hemos realizado el parte.

En este supuesto tenemos la alternativa de **comunicarlo al ministerio fiscal** que investigará la situación de sospecha. La comunicación a la fiscalía no supone la apertura de diligencias judiciales que podrían alertar al maltratador y poner en peligro a la mujer.

En todos los casos se debe anotar en la historia clínica la sospecha, la negación de la paciente y la valoración del riesgo.

2.-La mujer reconoce la situación de maltrato, pero solicita expresamente al profesional que no lo revele ni lo comunique al juzgado, aludiendo al secreto profesional y a su libertad de elección.

Esta decisión puede suponer un conflicto ético para el profesional que se ve en la disyuntiva de:

- Respetar el principio de autonomía de la mujer y el compromiso de confidencialidad, y no dar conocimiento del hecho conocido al juez, aun cuando se tomen las medidas terapéuticas oportunas.

- No respetar la voluntad de la paciente, y comunicarlo al juez, pensando en el beneficio de la víctima. En este caso observaríamos el principio de no maleficencia (evitar un mal para la mujer, aún en contra de su voluntad).

Ante toda decisión hay que valorar los beneficios esperados y los posibles riesgos, y optar por aquella en que en el balance prime el beneficio de la mujer.

10.3. Valoración para la toma de decisiones

Ante la valoración de la situación como de alto riesgo para la vida de la mujer:

Debe comunicarse al juez a través del parte judicial con carácter inmediato aún sin el consentimiento de la mujer.

El profesional valora la situación como de bajo riesgo:

Siempre se debe informar a la mujer de nuestra obligación legal de emitir el parte de lesiones y remitirlo al juez, tratando de conseguir su aceptación. Si la paciente nos manifiesta expresamente que no quiere formular denuncia ni que nosotros emitamos informe al juez, se puede respetar la voluntad de la paciente o diferir la realización del parte judicial, pero siempre negociando con ella aquellas intervenciones que nos permitan controlar de alguna manera la situación y los riesgos (información, plan de protección, huida y seguimiento "de cerca", por el profesional) a la par que se ponen en marcha las medidas y recursos de apoyo incluidas en el protocolo de actuación en ausencia de riesgo inmediato.

Una decisión razonada, asentada en una valoración rigurosa y orientada al beneficio de la víctima es improbable que pueda ser valorada por un juez como una práctica imprudente o punible.

MALTRATO A MENORES O A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Cuando detectemos una situación de maltrato en menores o en personas que tienen limitada su capacidad de decidir libremente, se debe realizar siempre el parte judicial y comunicar los hechos al juez, aunque no hubiere consentimiento de las personas que ostentan la tutela.

MEDIDAS PREVENTIVAS QUE HAY QUE OBSERVAR CUANDO SE REALIZA EL PARTE JUDICIAL POR MALTRATO

Debemos informar a la mujer de:

- Los pasos que sigue el documento y las consecuencias que se derivan del mismo.

- Que será llamada a declarar por el juez para que corrobore los hechos que en él figuran y actuarán en consecuencia con el presunto agresor.

- Este es un momento crucial en la mujer, ya que si no está preparada para tomar la decisión de alejarse del maltratador, es posible que niegue los hechos.

- Que, aun cuando ella no formulara denuncia, una vez que se corroboren los hechos que figuran en el parte, se puede seguir un procedimiento judicial y el agresor será llamado a declarar.

- Que si ha decidido formular denuncia (cuando no se trate de una situación de emergencia), es preferible preparar las medidas de seguridad y protección, y elegir un momento seguro para evitar riesgo.

- Es deseable que antes de presentar la denuncia tenga asesoramiento legal y que cuando formule la denuncia o cuando tenga que ir a declarar al juzgado para corroborar lo reflejado en el parte, vaya acompañada.

El profesional sanitario puede ser requerido por la autoridad judicial como testigo o como perito en un juicio por maltrato. Un buen registro en la historia puede ser de gran ayuda cuando los juicios se producen al cabo de meses o años.

Los profesionales del primer nivel pueden disponer de información relevante por tener un conocimiento longitudinal de la persona que puede ser de gran valor desde el punto de vista pericial.

11. NECESIDADES DEL PERSONAL SANITARIO

En general en los estudios sanitarios reglados de las profesiones sanitarias, aún no se ha incorporado la violencia de género como problema de salud. Por ello los/as profesionales que no se ha formado con posterioridad en el tema, pueden no sentirse capacitados para abordarlo, o sencillamente no tenerlo incorporado como un problema que les compete en el desarrollo de su rol profesional. Creemos necesario que todos/as los/as profesionales realicen **formación en violencia de género** para adquirir las competencias necesarias para dar una respuesta profesional adecuada ante el problema de la violencia de género, en las tres vertientes: prevención, detección y atención. Entender cómo se produce la violencia en la pareja, como se mantiene, qué consecuencias tiene para la mujer, es necesario para que se produzca empatía entre el sanitario y la víctima, sin la cual es difícil una actuación adecuada, y debe ser el primer objetivo de la formación. Asimismo debería incorporase dentro de los contenidos curriculares de las profesiones sanitarias el estudio de la salud con perspectiva de género.

Por otro lado, la atención a las víctimas de la violencia de género puede provocar en cualquier sanitario/a sentimientos y reacciones emocionales difíciles de elaborar, especialmente si la persona que atiende o alguien cercano, ha pasado por un problema similar.

A veces puede ser frustrante para los/as profesionales que la mujer no adopte medidas para cambiar su situación a pesar de todos los esfuerzos por informarla y orientarla, en general por desconocer del proceso de cómo se genera y mantiene la violencia en la pareja.

Es importante que el/la profesional sea consciente de las emociones que generan en él las actitudes o comportamientos de la víctima, porque si no se entiende su significado y no se elaboran adecuadamente, pueden convertirse en barreras para la comunicación y para la intervención.

El **autocuidado** del profesional es necesario para prevenir el burnout y otras consecuencias psicológicas. Será importante también detectar si necesita ayuda o apoyo para gestionar emocionalmente el caso. Contar con personas expertas que ejerzan el papel de apoyo y supervisión tanto individual como grupal con los y las profesionales pueden ser métodos adecuados para trabajar resistencias y prevenir el burnout.

En Castilla y León contamos con una red de formadores/as y expertos/as en violencia de género que pueden servir de referencia en el ámbito de las áreas No obstante no desempeñan formalmente el papel de referente de apoyo o asesor, además de que son profesionales asistenciales con disponibilidad real limitada. También se puede solicitar consulta profesional a las secciones de mujer de los servicios territoriales de servicios sociales (ver teléfonos en Mapa de recursos de Anexo VII), pero sería muy importante contar al menos con al menos un/a profesional de referencia y apoyo en cada área, algo demandado por los y las profesionales.

Por otro lado, aunque no es frecuente, puede suceder que el/la profesional tenga que **acudir a un juicio** para declarar sobre la atención realizada a alguna víctima de violencia de género. Esto es algo que les preocupa mucho, y por ello creemos que algunos consejos y recomendaciones pueden servirles de ayuda:

Tabla 15. EL/LA PROFESIONAL SANITARIO EN EL SISTEMA JUDICIAL. CONSEJOS y RECOMENDACIONES
- *Como prepararse*: apuntar la cita en la agenda para que no se olvide, leer los informes varias veces, pensar en la forma de explicar las cosas, conocer la forma de llegar y visitar el juzgado antes para conocerlo - *Que llevar consigo*: copia del informe médico, parte judicial, etc., gafas si son necesarias, documento de identificación, números de contacto del juzgado por si hay algún problema en el camino, algo para ocupar el tiempo en la espera (libro, periódico, etc.) - Vestir ropa adecuada y cómoda, aspecto profesional - Evitar exceso de cafeína y estimulantes. Mantenerse relajado - Llegar al juzgado con suficiente tiempo - Presentarse al llegar al personal del juzgado - Recordar que no se debe hablar con otros testigos sobre el caso - Apagar el móvil o ponerlo en silencio - Tratar de trasmitir confianza hablando claro y despacio

12. ANEXOS

ANEXO I. SERVICIO DE CRIBADO Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

210 a

Servicio detección precoz de mujeres víctimas de violencia de genero

población diana	Mujeres de 14 o más años de edad
criterios de inclusión	Mujeres de 14 o más años de edad , en cuya HC conste anamnesis sobre despistaje de malos tratos.
indicador de cobertura	$\frac{\text{Número de mujeres de 14 o más años que cumplan criterios de inclusión}}{\text{Número de mujeres de 14 o más años}}$

210 a

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad, quedara registrado:

Inclusión 210a.1

- Resultado de anamnesis de presencia, sospecha o ausencia de malos tratos.

En la Historia Clínica de toda mujer con sospecha de malos tratos (no confirmada por la mujer), quedará registrado:

Seguimiento 210a.2

- Registro como sospecha y seguimiento (semestral).

210 b

Servicio Atención a las mujeres víctimas de violencia de genero

población diana

Mujeres de 14 o más años de edad que sufren violencia de género.

criterios de inclusión

Mujeres de 14 o más años de edad que reconocen sufrir malos tratos por parte de la pareja con la que mantiene o ha mantenido una relación sentimental.

indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de mujeres de 14 o más años que cumplan criterios de inclusión}}{\text{Número de mujeres de 14 o más años}}$$

210 b

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad que reconoce sufrir malos tratos quedará registrado:

Valoración 210b.1

- Valoración biopsicosocial: lesiones y síntomas físicos, situación emocional, familia, red social, situación económica y laboral.
- Valoración de la situación de violencia: Tipo de maltrato y evolución del mismo; Fase del proceso de violencia.
- Valoración del riesgo: Riesgo físico extremo, Riesgo psíquico, Riesgo social.

Plan de cuidados 210b.2

- Establecer un plan de intervención y seguimiento que incluye: plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados, del riesgo, de la situación familiar, económica y social*.

*Mujeres en peligro extremo:
- Riesgo físico extremo: Exploración física sistematizada y derivación al Hospital.
- Riesgo de suicidio: Derivación al servicio de urgencias de Salud Mental.
- Riesgo inminente de agresión grave: Contactar con el juez de guardia o, en su defecto, policía o guardia civil.

*Mujeres que no se encuentran en peligro extremo:
- Intervención personalizada en función del riesgo.
- Informar de la situación y del ciclo de violencia.
- Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Plantear estrategia de seguridad.
- Plan de consultas de seguimiento en función de la fase del proceso y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
- Derivación: trabajador social, recursos sociales, emergencias, atención especializada.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- Plan de intervención sobre los hijos.

ANEXO II. VIOLENCIA SEXUAL: AGRESIÓN SEXUAL, TRATA Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

"La violencia sexual es cualquier acto sexual, o tentativa del mismo, comentarios de naturaleza sexual no deseados, o actos encaminados a la explotación sexual, o cualquier acto contra la sexualidad de una persona, mediante la coerción, por parte de cualquier individuo, sea cual sea su relación con la víctima, en cualquier contexto, incluyendo (pero sin limitarse a) el hogar y el trabajo". Directrices de la OMS, 2013.[97]

La coerción abarca una gran variedad de grados según la fuerza empleada. Además de la fuerza física, puede incluir intimidación psicológica, chantaje o amenazas; por ejemplo, amenazas de daño físico, de despido, de no obtener un trabajo que se busca. Puede ocurrir también cuando una persona no puede dar su consentimiento; por ejemplo, si está ebria, drogada, dormida, o es incapaz de comprender la situación por discapacidad o edad.

También se ha definido como cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma. La realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo)

FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL:

-Violencia sexual que no implica necesariamente contacto corporal: Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos o palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

-Violencia sexual con contacto corporal:

- Tocamientos, caricias, masturbación, obligar a posturas degradantes.
- Violación: penetración con el órgano sexual por vía vaginal anal o bucal o introducción de cualquier objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

-Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: incluye cualquier actuación que restrinja el libre ejercicio de las mujeres a su derecho a la salud reproductiva o sexual afectando a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud así como de ejercer libremente el derecho a su maternidad.

-Tráfico o utilización de persona con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.

-Mutilación genital femenina.

La violencia sexual en cualquiera de sus formas provoca daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer, impidiendo o limitando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

1. AGRESIONES SEXUALES AGUDAS: Violación

Definición: penetración con el órgano sexual por vía vaginal anal o bucal o introducción de cualquier objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

La agresión sexual aguda, desde el punto de vista de los procedimientos de actuación se considera una emergencia médica y por lo tanto ha de ser valorada en un hospital para la exploración y recogida de

muestras correspondiente, que si es posible, se realizará conjuntamente entre el/la ginecólogo/a y el/la forense.
Destacar la importancia de la acogida a la mujer en esos momentos tan difíciles y la importancia de irla informando de todo lo que se la va a hacer y por escrito de los seguimientos que precisa posteriormente

Se explicará a la mujer la importancia de no cambiarse de ropa, ni lavarse o ducharse, ni orinar y en caso de felación no tomar ni sólidos ni líquidos en la medida de lo posible hasta la recogida de muestras.

No se debe olvidar en la valoración y en el posterior seguimiento, además del control serológico y físico de las lesiones la vigilancia del estado emocional y psicológico. Para el seguimiento psicológico se podrá remitir a la mujer al CEAS para que sea valorada por el equipo de atención psicológica de atención a las mujeres que sufren violencia de género. Las víctimas de violencia sexual podrán acceder a todos los recursos y prestaciones disponibles en la red de Atención a las Víctimas de VG de los servicios sociales (ver apartado 8.2.2. Recursos de la red de SS)

Es difícil para muchas mujeres desvelar que han sufrido una agresión sexual por ello se debe sospechar y preguntar ante:

- Alteración del nivel conciencia con síntomas de intoxicación (etílica u otra) y aparece con ropa rasgada o sin ropa interior, etc. (sospecha de sumisión química)
- Petición de contracepción de emergencia
- Cribado de ITS
- Profilaxis post-exposición VIH
- Embarazo no deseado, petición de IVE
- Víctima de violencia física, incluida la violencia de género
- Depresión, ansiedad, psicosis, dolor pélvico crónico, dispareunia, abuso de drogas y alcohol, autolesiones y suicidio.

Valoración en urgencias:

- Exploración Física
    - Exploración general: lesiones, hematomas, etc.
    - Exploración ginecológica y toma de muestras: dependiendo del tipo de violación que haya sufrido
- Analítica sanguínea: serología luética, hepatitis B (sino tienen vacunación previa), Serología VIH, Test de embarazo
- Otras muestras: manchas o pelos en ropa, exploración uñas, peinado púbico.
- Tratamiento para profilaxis ETS:
    - Gonococia, Clamydia, Tricomonas, Sífilis:

  La pauta recomendada por los CDC (ver guías 2015) es: CEFTRIAXONA 250, IM (dosis única) + METRONIDAZOL 2 g. VO. (Dosis única) + AZITROMICINA 1 g. VO (dosis única) o DOXICICLINA 100 MG cada 12 horas durante 7 días VO +/- TINIDAZOL 2 g, VO (dosis única)
    - VIH: decisión individualizada y consultada con Medicina Interna
    - Hepatitis B si no vacunada

- Profilaxis antitetánica según calendario vigente.
- Profilaxis de embarazo:
    - Si han trascurrido menos de 72 h: Levonorgestrel (LNG) 1500 µg (Postinor®), dosis única o bien Acetato de Ulipristal 30 mg (Ellaone®), dosis única.
    - Si han transcurrido entre 72 h- 5 días de la agresión: Acetato de Ulipristal 30 mg (Ellaone®), dosis única.

    - Entre 5 y 7 días: Colocar DIU.

- Valoración del estado psicológico y apoyo psicológico: ofrecerle apoyo y acompañamiento en todo momento. Puede precisar tratamiento ansiolítico.

Seguimiento:

- Control a las 24-48 horas (Medicina AP)
    - Si está con tratamiento para profilaxis antirretroviral para valorar adherencia, efectos secundarios, dificultades…
    - Valoración y apoyo emocional.
- Control a las 48-72 horas por equipo de atención psicológica a víctimas
- Control los 10 días (Médico/a Atención primaria y Matrona o Ginecología)
    - Revisar el estado de la Vacunación antitetánica y en caso necesario ponerla.
    - Valorar los resultados de las pruebas realizadas en Urgencias, que determinan la conducta posterior:
        - Gonococos y Clamydias:
            - Negativos. Repetir dos tomas endocervicales (y/o anales y/o faríngeas).
            - Positivos: Realizar tratamiento.
        - Si β-HCG negativo en urgencias (se haya hecho o no contracepción de emergencia), preguntar si ha tenido la regla.
            - Si no regla nuevo control en 10-15 días con petición de β-HCG.
            - Si se confirma el embarazo, se informará a la mujer de la posibilidad de acogerse a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
    - Valorar el estado psicológico, teniendo en cuenta las fases por las que puede pasar una mujer víctima de violencia sexual. Preguntar cómo van las consultas con el/psiquiatra el/la psicólogo/a. En caso de que no haya acudido recordarle la existencia de los recursos específicos para apoyo psicológico.
- Control a los 15 días (Médico/a Atención Primaria/Medicina Interna)
    - Valorar la adherencia y posibles efectos adversos de los antirretrovirales y dar pauta hasta fin de tratamiento (4 semanas, en el caso de que no lo tuviera)
- Control a las 4-6 semanas (Médico/a Atención primaria, Matrona y/o Ginecología)
    - Valorar las pruebas complementarias realizadas a los 10 días.
    - Repetir la serología de sífilis y VIH si fueron negativos previamente. Si VIH y/o sífilis: positivo, derivar a M. Interna
    - Poner la segunda dosis de la Hepatitis B. No ponerla si los marcadores pedidos en urgencias indican que la mujer ya es portadora (HBsAg+) o que ha pasado una HB con anterioridad (AntiHBc+, AntiHBs+).
    - Comprobar y actualizar el estado del cribado de cáncer de cérvix según protocolo de la Junta de Castilla y León.
    - Valorar el estado psicológico en que se encuentra la mujer. Si está acudiendo a psicólogo/a preguntar cómo va. En caso de que no haya acudido recordarle los recursos existentes.
- Control a los 6 meses (Atención Primaria, Matrona y/o Ginecología)
    - Repetir serología de VIH y sífilis si fue negativa.
    - Realizar citología para descartar presencia de papilomavirus
    - Pedir marcadores de Hepatitis B (HBsAg), para comprobar si a pesar de la vacunación la mujer se ha contagiado. Si HBsAg es negativo, poner la tercera dosis de la vacuna de hepatitis B.
    - Valorar el estado psicológico en que se encuentra la mujer. Si está acudiendo a psicólogo/a preguntar cómo va. En caso de que no haya acudido recordarle los recursos existentes

Si alguna de las pruebas que fueron negativas en el servicio de Urgencias, se positiviza en los controles de seguimiento, debemos comunicarlo a la mujer para que pueda adjuntarlo a la denuncia judicial, si ya la ha presentado.

SUMISIÓN QUÍMICA

En los últimos tiempos estamos conociendo un aumento de las agresiones sexuales bajo el consumo (voluntario o forzoso) de alguna sustancia que altera la capacidad de dar consentimiento de la víctima para la relación o de oponer resistencia.

Sustancias que podrían estar implicadas: la principal es el alcohol etílico, seguido de benzodiacepinas (sobre todo flunitrazepan y alprazolam), hipnóticos (zolpidem), cannabinoides, analgésicos- anestésicos (ketamina, fentanilo, burundanga o escopolamina), barbitúricos, acido Gamma Hidroxibutírico (GHB), disolventes orgánicos (metanol), drogas de abuso (opiáceos, cocaína y derivados anfetamínicos, LSD), etc. Se utilizan mezclándolo en las bebidas o los alimentos.

Motivos por los que la mujer consulta por una posible agresión sexual por SVQ (ya que a veces ella misma no sabe con certeza lo que le ha sucedido) basada en Du Mont et al., 2009
Recuerda que ha sido víctima de una agresión sexual Tiene sensación de que le ha sucedido algún hecho extraño de naturaleza sexual. Se ha despertado desnuda con la ropa desarreglada Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen…) y objetos (preservativos…) inexplicados. Ha presentado lesiones o alteraciones que no se explica a nivel oral, anal o genital Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño Le han explicado que se encontraba en una situación extraña o comprometedora

NO olvidar, que muchas agresiones sexuales son producidas en el entorno familiar o cercano, por lo tanto es importante tener en cuenta las condiciones de seguridad de la mujer y de sus hijos como en otros tipos de maltrato e implementar las medidas de seguridad que sean precisas.

2. TRATA O TRÁFICO DE MUJERES CON FINES DE EXPLOTACION SEXUAL[98], [99]

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 177 bis del Código Penal, se considera trata de seres humanos "la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o transferencia de control sobre esas personas, cuando se emplee violencia, intimidación o engaño, o se abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima, con alguna de las finalidades siguientes:

a) La imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad.

b) La explotación sexual, incluida la pornografía.

c) La explotación para realizar actividades delictivas.

d) La extracción de sus órganos corporales.

e) La celebración de matrimonios forzados.

La trata de seres humanos afecta a las mujeres de manera desproporcionada, no sólo por registrar la mayor parte de las víctimas, sino porque las formas de explotación a las que son sometidas suelen ser más severas, especialmente la trata con fines de explotación sexual.

Los flujos de la trata determinan un movimiento claro e inequívoco de los países pobres (origen de las víctimas) a países ricos (destino). La prostitución constituye el principal destino de las víctimas de la trata. Se estima que hoy en día el 95% de las mujeres que ejercen la prostitución en nuestro país son extranjeras y muchas de ellas en situación de inmigración ilegal.

Atendiendo a la información sobre detección de posibles víctimas proporcionada a la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género por las entidades con proyectos de atención a mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual y sus hijos e hijas menores o con discapacidad: En 2015 se observaron signos de explotación sexual o de trata con fines de explotación sexual en 13.020 mujeres: 3.875 presentaban indicios de trata con fines de explotación sexual y 9.144 de explotación sexual[100].

Las mujeres víctimas de trata para explotación sexual pueden presentar síntomas físicos, sexuales y de salud mental.

Los síntomas de salud física con mayor frecuencia notificados son fatiga, cefaleas, problemas de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, infecciones de transmisión sexual), dolor de espalda y considerable pérdida de peso.

La mala salud mental es un predominante y persistente efecto de salud adverso asociado con la trata de personas. Entre las consecuencias psicológicas: depresión, trastorno por estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, ideas suicidas y trastornos somáticos, como dolor discapacitante o disfunción física.

El uso forzado u obligado de drogas y alcohol es frecuente en la trata con fines de explotación sexual. Las drogas y el alcohol pueden ser utilizados para controlar a las personas y aumentar las ganancias, o usados por la víctima de trata para hacer frente a su difícil situación.

Existe en muchos casos un aislamiento social impuesto, sin contacto con los familiares o la restricción de los movimientos de la persona, manteniendo el dominio sobre las personas en situación de trata, con manipulación emocional y mediante amenazas y promesas falsas.

Además es frecuente la explotación económica y sin poder tomar decisiones sobre lo que ganan, mientras que los traficantes les cobran todo lo que disponen: comida, ropa, alojamiento, transporte etc.

Muchas mujeres tienen una inseguridad jurídica ya que los traficantes o los empleadores les confiscan los documentos de identidad o les suministran información falsa acerca de sus derechos, incluido el de acceso a los servicios de salud.

Estas mujeres desconocen que si denuncian su situación van a ser protegidas y tendrían acceso a asistencia y tarjeta sanitaria (Real Decreto 576/2013, de 26 de julio). Además deben ser informadas que aunque estén en situación irregular, no serán expulsadas del país, ya que el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, aprobado por Real Decreto 557/2011, garantiza el acceso de las víctimas a los recursos de asistencia y protección, así como señala a las autoridades responsables en la identificación de posibles víctimas, la

concesión del periodo de restablecimiento y reflexión y de la exención de responsabilidad y la obtención de un permiso de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales.

Quienes logran salir de una situación de trata, ya sea que vuelvan o no a su país de origen, están expuestos a un riesgo notable de ser nuevamente víctimas de trata de personas.

El sector salud puede desempeñar un papel en la prevención de la trata de personas y en la detección y atención de las víctimas, en especial, los equipos sanitarios, tanto de atención primaria como los servicios comunitarios sobre salud sexual y reproductiva. Aunque no es muy frecuente que estas mujeres acudan a los servicios públicos de salud, si detectamos o sospechamos que una mujer que ha acudió a consulta médica, a urgencias o consultas de la matrona o ginecólogo, debemos saber cómo actuar y con qué recursos disponemos para poder consultar el profesional o para derivación de la paciente. Es muy importante la prudencia y a cautela para no situar a la mujer en situación de mayor riesgo de que tiene ya.

La Guía de actuación de APRAMP es clarificadora, además de que esta asociación dispone de un teléfono de ayuda que puede ser utilizado también por los y las profesionales. El personal sanitario puede ponerse en contacto con APRAMP a través del teléfono 609 589 479, activo 24 horas al día, para:

- Realizar consultas o plantear dudas sobre asuntos relacionados con la trata.

- Solicitar apoyo en un caso en concreto. En ese supuesto, el personal de APRAMP puede:

- Desplazarse y contactar con la víctima.

- Ofrecer un servicio de intermediación y traducción vía telefónica para facilitar una entrevista con el profesional sanitario.

- En caso de no ser posible un traslado, se ofrecerá información de recursos especializados en el entorno más próximo.

- Solicitar formación especializada.

En la atención a mujeres, los equipos sanitarios deben reconocer las señales que pueden indicar que una persona es una víctima de trata de seres humanos y en tal caso, informar a las autoridades competentes y ofrecer a la persona la posibilidad de derivarla para su asistencia.

INDICADORES DE SOSPECHA EN CONSULTA

1 Le acompaña alguien que parece que ejerce cierto control sobre ella.

2 Presenta signos físicos de violencia o abuso.

3 Se muestra con incapacidad de hablar en español o lo hace con mucha dificultad.

4 Su residencia en la ciudad o el país es reciente y se muestra incapaz de proporcionar detalles de su dirección.

5 Carece de pasaporte y/o documentación sanitaria.

6 Presenta signos de miedo, sumisión o depresión.

7 Procede de Europa del Este, Latinoamérica (Paraguay, Brasil, etc.), África (Nigeria, Ghana, etc.) o Asia (China).

8 Acude al hospital o al profesional como último recurso, por lo que presenta deterioro o abandono de su estado de salud.

9 Presenta enfermedades infecto-contagiosas (ITS) o acude por cuestiones de salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados, interrupciones del embarazo mal practicadas, etc.)

Si se tienen indicios de poder estar ante una víctima de trata es necesario atenderla de forma separada de sus acompañantes, que podrían ser controladores. Al mismo tiempo, es importante no levantar sospechas en sus controladores para no poner en riesgo a la víctima.

Una vez a solas con cada paciente, será posible preguntarle de forma sensible sobre su posible situación de explotación. Creerla y evitar prejuicios.

3. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA[101]

La mutilación genital femenina es una práctica cultural que se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, que la justifica por creencias desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estéticas, religiosas. La mutilación suele producirse en un entorno en el que el individuo se supedita a los designios, las necesidades y las decisiones de la comunidad.

La MGF se practica en países de África, primordialmente de la zona subsahariana, en algunos países de Oriente Medio como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes y en determinadas comunidades de Asia: India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. Se conocen casos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). Los 29 países donde esta práctica se concentra son: Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen.

La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF, es originaria fundamentalmente de Senegal, Nigeria, Mali y Gambia y reside mayoritariamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, C. Valenciana y Aragón.

Conviene que precisemos que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los grupos étnicos.

La edad a la que gran parte de las niñas son sometidas a esta mutilación varía mucho de una sociedad a otra, y oscila entre los 5 y los 14 años.

En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones (artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, modificada por la Ley Orgánica 11/2003), por lo tanto los/as profesionales sanitarios que tengan conocimiento de ello tienen obligación legal de dar parte ello al juzgado.

La Mutilación Genital Femenina, según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)10, comprende todos los procedimientos consistentes en la ablación parcial o total de los órganos genitales femeninos externos o cualquier daño a los genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.

La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales:

· Tipo I o Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

· Tipo II o Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

· Tipo III o Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.

· Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Los tipos I y II son los más comunes, representan alrededor de un 90% de los casos, mientras que el tipo III representa alrededor de un 10% de los casos, según la OMS. Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en África oriental, principalmente en Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía.

La MGF, además de ser un grave atentado contra los derechos humanos de la persona, entraña con frecuencia consecuencias físicas y psicológicas para ellas, en ocasiones tan graves, que pueden llevarlas a la muerte o a la marginación de por vida.

Las complicaciones que aparecen tras una MGF pueden ocurrir inmediatamente (dolor intenso, hemorragias, infecciones, lesiones de órganos y estructuras…) o bien a medio (anemias, infecciones, menstruaciones dolorosas, cicatrices…) o largo plazo (psicológicas: depresión, miedo, alteraciones sueño y apetito, baja autoestima, ansiedad fóbica…; físicas: infecciones genitourinaria recurrentes, problemas genitourinarios: fístulas, dolores menstruales, imposibilidad o dolor en el coito, disminución sensibilidad sexual, retención orina…), sin olvidar las complicaciones obstétricas (aumento de complicaciones en parto y muerte recién nacido).

Las y los profesionales sanitarios ocupan un lugar clave en la detección, intervención y prevención de la MGF y con ello contribuir a su erradicación. Los servicios de salud y los servicios sociales, por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la aproximación a este reto intercultural que plantean las nuevas ciudadanías en el país.

En el protocolo común de actuación sanitaria de mutilación genital femenina de 2015 del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad[102],[103], podemos distinguir los siguientes momentos de intervención:

1. Confirmación de MGF practicada en mujer adulta

2. Existencia de factores de riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia

3. Existencia de factores de riesgo o situación de riesgo inminente en niña

4. Confirmación de MGF practicada en niña

En las mujeres adultas se valorará la corrección quirúrgica de las secuelas si son necesarias y las posibles complicaciones obstétricas en caso de embarazo. En el protocolo del ministerio se describen las técnicas a realizar según el tipo de mutilación.

Es importante trabajar la sensibilización en las familias con niñas pequeñas, sobre todo si en la familia hay alguna mujer en que se confirma que fue practicada la MGF. Se realizarán tareas preventivas en las consultas de pediatría, enfermería pediátrica, medicina de familia y enfermería de familia.

El personal médico y de enfermería puede ofrecer información sobre las consecuencias negativas para la salud, a corto y medio plazo, que puede tener la MGF, así como sobre las implicaciones legales de esta práctica. También se puede informar en la consulta de la matrona de atención primaria aprovechando las visitas de captación y control de embarazo y el protocolo de prevención del cáncer de cérvix.

Las hijas jóvenes que no tienen practicada la MGF, que conviven con su familia y dependen de ella, pueden encontrarse en una situación preocupante con ocasión de la realización de un viaje al país de origen, bien por vacaciones, bien para contraer matrimonio ya que, ésta puede ser un requisito ineludible para poder casarse.

Cuando el personal sanitario tenga constancia de que una familia con factores de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad preventiva pre-viaje con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.

El personal sanitario citará a la niña/joven menor de edad a una consulta programada. Además se ofrecerá información a la familia sobre la MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc. con mayor o menor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general; y en la que se valorará el estado de salud de la menor. A continuación, el personal sanitario ofrecerá a la familia la firma del **compromiso preventivo**, en el que constará la integridad de los genitales de la niña. En todo caso, se programará una visita médica de la niña/joven menor de edad al regreso del viaje.

En cualquier caso que se detecte una niña que tuviera practicada la MGF, se debe registrar en la historia clínica que tiene practicada la MGF, el tipo de MGF y, en su caso, si es posible determinar el momento (si es o no reciente) y las circunstancias en que se ha practicado. Asimismo, se registrarán en la historia clínica las acciones terapéuticas realizadas para paliar las consecuencias de la MGF. Se notificará a la Entidad Pública de Protección de Menores.

ANEXO III. VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER

RVD-BCN
Protocolo de valoración del riesgo de violencia de pareja contra la mujer

Nº de expediente / Nº de historia:		Fecha de la valoración:	/ /	
Nombre y apellidos de la mujer:				
DNI / NIE / Pasaporte:		Fecha de nacimiento:	/ /	

	Historia de conducta violenta de la pareja o ex pareja	SÍ	NO	SE DESCONOCE
1	Agresiones o violencia física y/o sexual en los últimos 18 meses hacia la mujer o hacia parejas anteriores.			
2	Agresiones o violencia hacia terceras personas sean familiares (hijos/hijas u otras) o no.			
3	Agresiones a la mujer cuando estaba embarazada			
4	Antecedentes policiales/judiciales de violencia hacia la pareja/ex pareja (pareja actual u otras parejas en episodios anteriores).			
5	El agresor ha roto medidas judiciales de protección de la mujer.			
	Amenazas y/o abusos graves contra la mujer	**SÍ**	**NO**	**SE DESCONOCE**
6	La mujer ha recibido amenazas graves y creíbles, y/o con uso de armas, respecto a su integridad física.			
7	La mujer ha sufrido un abuso emocional y verbal grave en los últimos 6 meses.			
	Circunstancias agravantes	**SÍ**	**NO**	**SE DESCONOCE**
8	La mujer comunica al presunto agresor la voluntad de separarse o hace menos de seis meses que se ha producido la separación.			
9	Incremento, en los últimos seis meses, de la frecuencia o gravedad de los episodios de violencia.			
10	El presunto agresor abusa de drogas y/o alcohol.			
11	Diagnóstico o historia de trastorno mental severo del presunto agresor.			
12	Tenencia o fácil acceso a armas por parte del presunto agresor.			
13	Intentos o ideas de suicidio por parte del presunto agresor.			
14	Control extremo de los actos de la mujer por celos o similar.			
	Factores de vulnerabilidad de la mujer	**SÍ**	**NO**	**SE DESCONOCE**
15	Aislamiento social y/o falta de recursos personales de la mujer, y/o la mujer justifica la violencia ejercida por el presunto agresor, y/o presencia de hijos/hijas menores y/o dependientes de la mujer.			
	Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer	**SÍ**	**NO**	**SE DESCONOCE**
16	La mujer cree que el presunto agresor es capaz de matarla personalmente o a través de terceras personas.			

SUMA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS / VALORACIÓN DEL RIESGO		TOTAL SE DESCONOCE	
RIESGO BAJO (de 1 a 7 respuestas afirmativas)		El RVD-BCN es útil si se dispone de información de **7 o más factores de riesgo**. En caso contrario se recomienda no hacer valoraciones definitivas hasta completar el número mínimo de factores de riesgo mencionados.	
RIESGO MEDIO (de 8 a 9 respuestas afirmativas)			
RIESGO ALTO (de 10 a 16 respuestas afirmativas)			

*. CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011

Otros factores clave para valorar el riesgo que vive esta mujer y que se encuentran a faltar en la lista anterior (enumerar pero no puntuar)	
Está embarazada en el momento de efectuar esta valoración.	
Hay indicios de que la pareja a o ex pareja tiene intención de matarla.	
Otros (especificarlos):	
-	
-	
-	

VALORACIÓN DEL RIESGO

La valoración del riesgo por parte del o de la profesional se realiza a partir de los apartados anteriores (puntuación obtenida, cantidad de factores de riesgo sin información y presencia de otros factores de riesgo importantes para esta valoración).

RIESGO BAJO		RIESGO MEDIO		RIESGO ALTO	

Observaciones de interés

ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL EXISTENTE

CIRCUNSTANCIAS PREVISIBLES QUE PUEDEN AUMENTAR EL NIVEL DE RIESGO EN EL FUTURO (ALERTA)

(Por ejemplo: el agresor sale de la cárcel, el agresor regresa del país de origen o de otros destinos, etc.)

Profesional que efectúa la valoración:

Nombre y apellidos o nº de identificación:		
Dirección electrónica:	**Teléfono/s:**	**Fax:**
DNI / NIE / Pasaporte:	**Dirección:**	

*CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

INSTRUCCIONES ABREVIADAS DE USO DEL RVD-BCN

1. Objetivo

Proporcionar a los y a las profesionales que atienden a mujeres que viven situaciones de violencia machista una herramienta que les ayude a valorar el riesgo de que a corto plazo se produzcan actos violentos graves por parte de su pareja o ex pareja.

2. Características

- Incorpora factores de riesgo contrastados y válidos para valorar la probabilidad e inmediatez del riesgo de que se produzcan actos violentos.
- Tiene un carácter indicativo y no probatorio. Ayuda al y a la profesional a valorar el riesgo de que se produzcan actos violentos.

3. Funciones

- Valorar el riesgo.
- Registrar qué actuación se realiza en función de la valoración del riesgo actual existente.
- Alertar sobre posibles circunstancias previsibles que pueden aumentar el nivel de riesgo en el futuro.

4. Cuando hay que utilizar el RVD-BCN

- Cuando el o la profesional tiene conocimiento de que la mujer vive una situación de violencia o ella misma lo expresa.
- Siempre que se modifiquen las circunstancias de la situación en la que se encuentra la mujer y que puedan modificar el riesgo de violencia.
- Preventivamente cada 3 meses.

5. Cuando no es preciso utilizar el RVD-BCN

- Cuando ya existe una valoración actual del riesgo y no se dispone de información adicional.
(Por ejemplo: la mujer tiene protección policial las 24 horas por mandato judicial; cuando ya existe otro servicio que ha aplicado el protocolo en el último mes y las circunstancias no han cambiado desde entonces, etc.).
- El agresor se encuentra ingresado en prisión sin permisos, excepto que:
    - o Exista la posibilidad de que pueda inducir la agresión a través de terceros (familia u otros).
    - o Esté prevista la salida de la cárcel (permisos o salida definitiva) y sea necesario activar la función de alerta del RVD-BCN.

6. Estructura

6.1 Valoración del riesgo

• Lista de factores de riesgo: se han seleccionado un total de 16 factores de riesgo con tres opciones de respuesta ("sí", "no" y "se desconoce"). Están agrupados en cinco categorías:

- o Historia de conducta violenta del presunto maltratador
- o Amenazas y/o abusos graves contra la mujer
- o Circunstancias agravantes
- o Factores de vulnerabilidad de la mujer
- o Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer

*. CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

Encontrará la descripción de cada factor de riesgo en el último apartado de estas instrucciones.
La suma de respuestas afirmativas indica un nivel de riesgo según los intervalos definidos en el RVD-BCN:

o **Riesgo bajo (de 1 a 7 puntos)**
o Riesgo medio (8 o 9 puntos)
o Alto riesgo (de 10 a 16 puntos)

• Cantidad de factores de riesgo sobre los que se dispone de información: este protocolo es útil si se dispone de información respecto de siete factores de riesgo o más. En caso contrario se recomienda no efectuar valoraciones definitivas hasta completar el número mínimo de factores de riesgo mencionados.

• Presencia de otros factores de riesgo clave para valorar el riesgo que el o la profesional encuentra a faltar en la lista anterior: hay factores de riesgo que, aun siendo importantes, se dan únicamente en algunos casos, por lo que se ha desestimado incorporarlos a la lista, pero que sí deben tenerse en cuenta al realizar la valoración final del riesgo existente.

Por ejemplo:
o Está embarazada en el momento de realizar esta valoración.
o Hay indicios de que la pareja o ex pareja tiene intención de matarla.

6.2 Descripción de la actuación realizada en función del riesgo

Breve descripción de la intervención realizada directamente vinculada a la valoración del riesgo.

6.3 Circunstancias previsibles que pueden aumentar el nivel de riesgo en el futuro (alerta)

Por ejemplo: el agresor sale de la cárcel (por permisos o salida definitiva), el agresor regresa del país de origen o de otros destinos, etc.

7. Metodología

• El formulario ha de ser rellenado por el o la profesional que está atendiendo a la mujer.
• Debe hacerlo a partir de la información que le proporcione la propia mujer y también, si tiene acceso a ella, a partir de la información que le proporcionen otros servicios y la documentación disponible (sentencias judiciales, etc.).
• Las preguntas no deben formularse como si se tratase de la administración de un cuestionario.
Frecuentemente, la mujer proporciona información útil de forma espontánea, o bien es el o la profesional quien pregunta a la mujer de forma flexible y en el momento oportuno en el contexto de una entrevista o, según el tipo de servicio de que se trate y como se encuentre la mujer, en el curso de varias entrevistas.
• No está diseñado como un cuestionario que la mujer pueda rellenar directamente.

8. Descripción de los factores de riesgo

→Historia de conducta violenta de la pareja o ex pareja

1. Agresiones o violencia física y/o sexual en los últimos 18 meses hacia la mujer o hacia parejas anteriores

Acción no accidental que durante los últimos 18 meses ha provocado daño físico y/o sexual. Se entiende por violencia física cualquier agresión (puñetazos, bofetadas, arañazos, empujones, patadas...) con resultado o riesgo de producirle una lesión física o un daño. Se entiende por violencia sexual cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por la mujer, incluida la exhibición, la observación y la imposición de relaciones sexuales mediante violencia, intimidación, prevalencia o manipulación emocional.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 48.

2. Agresiones o violencia hacia terceras personas, sean familiares (hijos/hijas u otros) o no

El presunto agresor ejerció agresión física, sexual o intento real de agresión a:
• Miembros de la familia (tanto familia consanguínea como política)
• Conocidos/as (amigos/as, compañeros/as de trabajo, vecinos/as)

*. CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

• Personas desconocidas.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 49.

3. Agresiones a la mujer cuando estaba embarazada

Agresión física y/o sexual durante el periodo de gestación de la mujer por parte de su pareja/ex pareja. Se incluye también la agresión psicológica grave y persistente.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del Protocolo RVD-BCN en la página 50.

4. Antecedentes policiales/judiciales de violencia hacia la pareja/ex pareja (pareja actual u otras parejas en episodios anteriores)

En el historial delictivo y/o policial del presunto agresor constan antecedentes por haber agredido física, sexual o emocionalmente a cualquier pareja sentimental que haya tenido anteriormente o tenga en la actualidad.
Para más información sobre este factor de riesgo se puede consultar el manual del Protocolo RVD-BCN en la página 50.

5. El agresor ha quebrantado medidas judiciales de protección de la mujer

El agresor ha quebrantado una medida de protección. Tiene condenas o diligencias policiales a consecuencia de haber incumplido una medida de protección hacia la pareja o ex pareja.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 51.

6. La mujer ha recibido amenazas graves y creíbles, con o sin uso de armas, respecto a su integridad física

El presunto agresor amenaza, intimida o coacciona a la mujer con uso de armas o sin ellas.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 52.

7. La mujer ha sufrido un abuso emocional y verbal grave en los últimos seis meses

Acción no accidental que durante los últimos seis meses provoca daño emocional. Se entiende por abuso emocional y verbal grave: desvaloraciones, humillaciones, insultos, amenazas, críticas, menosprecios, burlas, vejaciones, exigencia de obediencia y sumisión, coerción verbal o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 53.

→Circunstancias agravantes

8. La mujer comunica al presunto agresor la voluntad de separarse o hace menos de seis meses que se ha producido la separación

En el momento de la valoración y/o del incidente la mujer ha informado al presunto agresor de su intención de romper la relación sentimental o ya se encuentran separados desde hace menos de 6 meses.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 53.

9. Incremento de la frecuencia o gravedad de los episodios de violencia en los últimos seis meses

Incremento de la frecuencia y/o gravedad de las conductas agresivas hacia la pareja o ex-pareja a lo largo de los últimos 6 meses.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 54.

10. El presunto agresor abusa de drogas y/o alcohol

El presunto agresor es dependiente o abusa de sustancias tóxicas legales y/o ilegales (cocaína, alcohol, hachís, heroína, psicofármacos...).
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del Protocolo RVD-BCN en la página 55.

11. Diagnóstico o historia de trastorno mental severo del presunto agresor

Diagnóstico o historia de trastorno mental severo del presunto agresor, considerando como tal, por ejemplo:
• Trastorno de personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad emocional.
• Trastorno esquizofrénico, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno paranoico y similares.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del Protocolo RVD-BCN en la página 56.

12. Tenencia o acceso fácil a armas por parte del presunto agresor

*CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

El presunto agresor tiene permiso de armas, dispone o tiene posibilidad real de acceder a las mismas.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 57.

13. Intentos o ideas de suicidio por parte del presunto agresor

El presunto agresor ha intentado, ha tenido o tiene ideas de suicidio.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 57.

14. Control extremo de la conducta de la mujer por celos o similar

El presunto agresor manifiesta conductas de control, acoso y limitación de las libertades de la mujer motivadas por la presencia de celos o similar (por ejemplo, por creencias culturales o de otro tipo).
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 58.

→Factores de vulnerabilidad de la mujer

15. Aislamiento social y/o falta de recursos personales de la mujer, y/o la mujer justifica la violencia ejercida por el presunto agresor, y/o presencia de hijos/hijas menores y/o dependientes de la mujer

La mujer no tiene, o no puede disponer, de recursos personales, sociales, familiares, económicos y/o laborales, o estos son muy escasos. Presenta aislamiento en alguna o varias de las áreas mencionadas, y/o la mujer justifica, minimiza o niega que el presunto agresor haya ejercido algún tipo de violencia hacia su persona (es buena persona, pero cuando bebe pierde el control y se vuelve violento; él no quiere hacerlo pero a veces se pone nervioso; es que yo no hago las cosas bien y él se enfada, él actúa de acuerdo a sus costumbres y creencias...), y/o la mujer tiene a su cargo hijos/hijas menores y/o dependientes de ella, que son comunes o no con el presunto agresor.
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN en la página 59.

→Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer

16. La mujer cree que el presunto agresor es capaz de matarla personalmente o través de terceras personas

La mujer tiene la percepción real del elevado riesgo al que se encuentra expuesta y tiene la convicción de que el presunto agresor es capaz de matarla o de hacer cumplir las amenazas de muerte a través de otras personas (familiares, amistades, sicarios, etc).
Para más información sobre este factor de riesgo puede consultarse el manual del RVD-BCN.
en la página 60.

9. Servicios que pueden utilizar el RVD-BCN

El RVD-BCN está validado para ser utilizado en los siguientes ámbitos:

- Departamento de Justicia (Oficina de Atención a la Víctima del Delito, Equipo de Asesoramiento Técnico Penal y otros)
- Fiscalía Coordinadora de Violencia Doméstica (TSJ)
- Cuerpos policiales
- Servicios de salud (urgencias, servicios de atención primaria, hospitales)
- Servicios sociales (servicios generalistas, servicios del dispositivo de atención para violencia machista y resto de dispositivos de atención)
- Institutos de mujer

Para más información puede consultarse el documento Manual del RVD-BCN.

*CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

ANEXO IV. HOJA INFORMATIVA PARA LAS MUJERES

RECOMENDACIONES PARA LA MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA DE PAREJA

NO ESTÁS SOLA, muchas mujeres sufren violencia por parte de su pareja y muchos/as profesionales trabajan para ayudarte a encontrar la salida a una nueva vida que te espera.

ESCAPA

ESCUCHA y reflexiona: escucha a las personas cercanas y profesionales que se preocupan por ti de verdad y que quieren tu bienestar y autonomía. Párate a pensar sobre lo que te está pasando y decide sobre lo que tú quieres hacer y donde quieres llevar tu vida.

Tu **SEGURIDAD** y la de los niños/as o personas a tu cargo es lo más importante, independientemente de las decisiones que se tomen. Es aconsejable tener preparadas una serie de actuaciones por si surge la necesidad de escapar de forma inmediata. Más abajo te proponemos un plan de huida de emergencia en el que podrá tener en cuenta las siguientes cuestiones:

PLAN DE HUIDA

El momento más aconsejable para abandonar el hogar (cuando es una salida planificada) es aquel en el que la situación esté razonablemente tranquila, sin dar indicios. Sólo usted y alguna persona de confianza pueden conocer el lugar al que se va a ir y los lugares o teléfonos en los que puede recibir ayuda.

No obstante, si ha decidido permanecer en el domicilio con su pareja, tenga previsto qué hacer si se produce una nueva agresión.

1.**Disponga de un teléfono móvil y los números de la policía, asociación de víctimas, familiares o personas de confianza**, que sepa que una llamada suya significa "situación de riesgo" O16, 012, 112

2.**Tenga preparado un plan de huida**: Para ello tiene que tener preparado con antelación:

-Ropa para usted, para sus hijos e hijas y personas dependientes, llaves de casa, informes médicos (enfermedades comunes y de atención médica por los malos tratos), tarjeta sanitaria, medicamentos y, si las hubiera, denuncias previas.

-Dinero en metálico, tarjetas de crédito, cartillas de ahorro, recibos de banco.

-Fotocopias de documentos importantes: documentos de identificación, nóminas, expedientes académicos, escrituras de propiedad, seguros, libro de familia.

-Si tiene hijos e hijas: algún objeto significativo para ellos: juguete, libro... Establecer con los niños señales de alerta para que salgan de casa, busquen ayuda, etc. Enseñar a los hijos a llamar al 112.

-Agenda de direcciones y la lista de números importantes de lugares donde quedarse.

CUIDA TU SALUD: Si tienes algún problema de salud como consecuencia de la violencia es importante que lo consultes para que esté documentado. Confía en tu médico/a o enfermero/a de tu centro de salud.

ANTES DE LA DENUNCIA INFÓRMATE: es importante que te asesores jurídicamente para que te ayuden a prepararte lo mejor posible y te acompañen en todo el proceso. Más abajo te damos los teléfonos para que lo puedas hacer.

PIDE AYUDA A TUS FAMILIARES Y AMIGAS/OS: aunque lleves tiempo aislada y haga tiempo que no les veas, seguro que te comprenden y te apoyan. Necesitas rodearte de la gente que te quiere para todo este proceso.

BUSCA APOYOS Y RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL: Aquí te indicamos los teléfonos y ayudas disponibles. Sobre todo no olvides que en tu centro de salud tienes a tu médico/a, enfermero/a o trabajador/a social que te apoyarán en todo momento que lo necesites.

- **NO OLVIDES que el teléfono para situaciones de emergencia es el 112.**

- **Los Recursos Sociales disponibles en Castilla y León serían:**

  - Centros de Emergencia.
  - Casas de Acogida
  - Programa de apoyo psicológico
  - Programa de información y asesoramiento jurídico
  - Servicio de traducción para mujeres inmigrantes en Castilla y León
  - Ayudas económicas
  - Programa de inserción laboral

CÓMO ACCEDER A ESTOS RECURSOS:

- **Desde tu centro salud, el equipo de atención primaria te derivará a los servicios sociales que precises.**

- **Se gestionan desde el Centro de Acción Social correspondiente (CEAS)**

  Los CEAS están ubicados en todo el territorio de Castilla y León. Facilitan información y orientación a toda la ciudadanía en materia de servicios sociales y también en materia de violencia de género. Si lo desea, pida cita en el CEAS correspondiente a su domicilio llamando al teléfono de información 012 o consultando en su CEAS: **http://www.jcyl.es/junta/gss/20160412_CEAS.xls**

- **El Teléfono de Información a la Mujer en Castilla y León: 012**

  - De lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas.
  - Sábados de 10:00 a 15:00 horas.

Fuera de este horario, puedes dejar tu consulta en el buzón de voz y el 012 mujer devolverá la llamada, en dos días hábiles, con la información solicitada. Las situaciones de emergencia serán derivadas al teléfono 112.
Fax: 983 248 587
Correo electrónico: informacion.mujer@jcyl.es
En Twitter @012jcyl (De lunes a viernes de 9:00 a 14:00)

- Este servicio se complementa a través del **teléfono 016 del Ministerio de Sanidad**, Servicios Sociales e Igualdad, que dispone de medios para que puedan comunicarse con él las personas con discapacidad auditiva y/o del habla, presta servicio en 51 idiomas y funciona las 24 horas del día.
  Las llamadas realizadas desde el territorio de Castilla y León al 016 dentro del horario de atención del teléfono 012, serán derivadas de forma automática al servicio telefónico de la Comunidad de Castilla y León 012.

- También existen **ASOCIACIONES** a las que puedes acudir a consultar información asistencia jurídica con acompañamiento en la denuncia, apoyo psicológico, grupos de mujeres, etc.:

  ASOCIACIONES Y ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO ASOCIACIONES DE MUJERES
  En nuestra Comunidad Autónoma existen numerosas Entidades, Asociaciones y ONG´S, dedicadas a la atención y asistencia a las víctimas de violencia de género. Prestan información y asesoramiento; apoyo y tratamiento psicológico; asistencia jurídica con acompañamiento en la denuncia, etc.

  ÁVILA
  Asociación de Mujeres Progresistas de Ávila
  C/ Cardeñosa 13, (Chalet 5), Ávila. Tfno: 699 631 431 Email: mprogresistasavila@yahoo.es

  BURGOS
  Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
  Pza. Alonso Martínez, 7A , 3º Ofic.36. Burgos. Tfno: 947 206 783. Email: adavasburgos@hotmail.com

  Defensa de la Mujer "La Rueda"
  C/ Cabestreros 2C, 1ª planta Burgos. Tfno: 947 205 127 Email: laruedaburgos@yahoo.es

  Mujeres Progresistas "Mariana Pineda"
  C/ La Estación nº 12, 2º Miranda de Ebro (Burgos) Tfno: 606 018 377 Email: adememiranda@yahoo.es

  Asociación "Rosa de Lima Manzano"
  C/ Bajada del Molino nº 2, 2º Izquierda, Aranda de Duero (Burgos) Tfno: 947 510 937
  rosalimamanzano@terra.es

  LEÓN
  Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
  C/Gran Vía de San Marcos, 4 - 2º dcha. León. Tfno: 987 230 062. Email: adavasleon@gmail.com

  Fundación de familias monoparentales "Isadora Duncan"
  Avda. Reino de León 12, 1º. León. Tfno:987 261 449. Email: info@isadoraduncan.es

  Asociación Leonesa "Simone de Beauvoir"
  C/Arquitecto Torbado, 4 1º Izda Of.1 León Tfno: 987 208 457 /987 264 577.
  Email: simonebeauvoirleon@gmail.com

  PONFERRADA
  Casa de la Mujer Berciana
  C/ Juan Sebastián Elcano 5 bajo .Ponferrada. Tfno.679-38.36.41. Email: mujeresbercianas@gmail.com

  Asociación de Mujeres Progresistas Bercianas
  C/ Ave Maria, 29 2º Ofic 2. Ponferrada.Tfno.987 428 318. Email: ampb29@hotmail.com

  PALENCIA
  Asociación Mujeres Progresistas "Carmen Montes"

C/ Jacinto Benavente 5. Palencia. Tfno. 979 71 51 05 Email: mujeresprogresistaspalencia@gmail.com

SALAMANCA
Asociación "Beatriz de Suabia"
C/ Echegaray, 9. Salamanca.Tfno:619 675 546/ 681 620 033. Email: asociacionbeatrizdesuabia@yahoo.es

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
Corral de Villaverde, nº 1 – 5ºbSalamanca.Tfno:923 260 599. Email: adavas@gmail.com

Asociación de ayuda a la mujer "Plaza Mayor"
C/ El Arco nº 2-6, 2º F Salamanca. Tfno: 923 211 900/685 922 411. Email: mujer@asociacionplazamayor.es

SEGOVIA
Asociación para la Promoción y la Formación Integral de la Mujer (APYFIM)
C/Andrés Reguera Antón, s/n. Segovia. Tfno: 921 463 468 Email: apyfim@gmail.com

SORIA
Antígona Asociación de Mujeres
Ronda Eloy Sanz Villa, 5. Soria. Tlfno: 628 161 623. Email: cbaenamoreno@gmail.com

VALLADOLID
Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos (ADAVASYMT)
C/ Mirabel 44, 4ºC. Valladolid Tel.: 983 350 023/606 792 398 (24 h) Email: asociacion@adavasymt.es

Asociación de Mujeres "Rosa Chacel"
Pza. Sta. Cruz 6, 4º Valladolid Tel.: 983 397 325 Email: rosachacel@rosachacel.org

ZAMORA
Mujeres Progresistas de Zamora
C/ Regimiento de Toledo nº 20, 6º B Zamora. Tfno: 980 512 824. Email: marbarad@jcyl.es

Listado general de todas las asociaciones de mujeres de Castilla y León:

http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284277466176/_/_/_

ANEXO V. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. "OBJETIVO VIOLENCIA CERO"

El modelo de atención integral a las víctimas de violencia de género "Objetivo Violencia Cero", tiene como finalidad erradicar la violencia de género así como garantizar la atención integral a todas las víctimas en Castilla y León. Es un modelo regional que supone la coordinación de todos los recursos disponibles, implicando en un trabajo en red a todos los agentes públicos y privados que intervienen en cada una de las fases del proceso de atención. Todos los elementos que se han ido identificando para el trabajo en red han quedado recogidas en las Directrices de funcionamiento del Modelo de Atención Integral a las víctimas de violencia de género "objetivo violencia cero", aprobadas por Acuerdo 130/2015, de 10 de septiembre, de la Junta de Castilla y León.

El Modelo Objetivo Violencia Cero, dispone tres roles fundamentales para la atención a víctimas de violencia de género dentro de los servicios sociales:

- El Coordinador de Caso
- Los equipos multidisciplinares de segundo nivel.
- Los profesionales de las secciones de mujer de las Gerencias Territoriales

Cada víctima atendida dispone de un Coordinador de Caso, quien, con carácter general, actuará como profesional de referencia, y que será un profesional de las Administraciones Públicas del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública de Castilla y León, generalmente un profesional del Equipo de Acción Social Básica.

Sus funciones son:

a) Coordinar todas las actuaciones de apoyo a la víctima.
b) Diseñar una respuesta integral a todas las necesidades de la víctima.
c) Garantizar la continuidad en la atención.
d) Dar una atención personalizada.
e) Coordinación y feedback con otros profesionales involucrados en el proceso (EAP, ES mental, matrona, etc.)

El coordinador de caso podrá contar con la asistencia de especialistas en violencia de género de los **Equipos Multidisciplinares de 2º Nivel** en Corporaciones Locales que serán los técnicos de los equipos multiprofesionales con los que el coordinador de caso contará para los **casos de especial complejidad** en cualquiera o todas de las fases en las que se estructura la atención integral de las víctimas.
Además, el coordinador de caso y el resto de profesionales que intervienen cuentan con las **Secciones de Mujer** como proveedoras de servicios especializados en violencia de género.

El proceso de atención consta de las siguientes fases:

- **Detección**
- **Atención inmediata.**
- Valoración y Plan de Atención integral.
- Provisión de prestaciones y servicios.
- Seguimiento.

El proceso se origina cuando se detecta una posible situación de violencia de género a través de cualquier de los agentes y culmina normalmente con la atención a la persona por el Coordinador de caso en el CEAS correspondiente.
Además la detección conlleva la garantía de una atención inmediata, en caso de ser necesaria y siempre en función de las circunstancias.
Los agentes y los profesionales de los servicios implicados en el modelo de atención deben desarrollar pautas proactivas, incidiendo en la detección precoz de las situaciones de violencia de género.

Cabe hacer mención especial a la mujer dentro del ámbito rural porque además de las barreras comunes para las mujeres para la comunicación y denuncia de la situación de maltrato, el hecho de vivir en el medio rural puede añadir mayor complejidad por una serie de circunstancias:

- Mayor control social.
- Menor accesibilidad a los recursos.
- Menor capacidad de independencia económica. Muchas familias rurales dependen de una economía familiar de tipo agrícola de régimen autónomo, cuyo titular es el marido y en la que la mujer aunque trabaje en ella no figura como trabajadora.
- Mayor dificultad para la protección de la víctima. A veces las órdenes de alejamiento son difíciles de cumplir en municipios de muy pequeño tamaño.
- Mayor riesgo de conductas de omisión o inhibición profesional, por el control social o por la repercusión que denunciar la situación puede tener en sus relaciones con la comunidad.

Con el modelo de atención "objetivo violencia cero", conseguimos:

- Una mayor proximidad y cobertura, trasladando la atención a los de los **Centros de Acción Social (CEAS) y equipos multidisciplinares específicos,** que ofrecen a las mujeres una atención próxima y centrada en la persona, encaminada a un proceso completo de integración social.

- **189 Centros de Atención Social,** de los cuales **119** prestan sus servicios y su atención en el medio rural. Centros que ofrecen una atención próxima, ágil y efectiva, a través de la figura del **coordinador de caso.**

ANEXO VI. MODELOS DE SOLICITUDES PARA SERVICIOS SOCIALES

1.- SOLICITUD CEM (CENTROS DE EMERGENCIAS)

Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

Servicios Sociales de Castilla y León

SOLICITUD DE INGRESO EN UN CENTRO DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE CASTILLA Y LEÓN			
SOLICITANTE:			
Nombre	1er apellido	2º apellido	
NIF/NIE			
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:			
Calle	Nº	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad	Provincia	
Teléfono	Teléfono		
Correo electrónico			
DECLARA RESPONSABLEMENTE:			
Que acepta las normas de convivencia y los derechos y obligaciones de las usuarias que se establecen en el reglamento interno del centro			
SOLICITA:			
Plaza residencial en un centro de la Red de Atención a las mujeres víctimas de violencia de género: □ Para ella □ Para ella y las personas dependientes de ella □ Hijos e hijas □ Personas mayores			

Modelo: 1059

IAPA: 1008

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMA DE LA SOLICITANTE

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos de carácter personal contenidos en este formulario serán incorporados al fichero automatizado denominado "Registro Unificado de Víctimas de Violencia de Género de Castilla y León", debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, del que es titular la Dirección General de la Mujer de la Consejería de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, con los siguientes usos y fines: gestión homogénea y unitaria de los datos de violencia de género, en todas las instancias intervinientes. Igualmente se indica que los datos podrán ser cedidos a otros órganos de la Administración autonómica de Castilla y León, a la administración estatal, autonómica y local o a la Comisión de la Unión Europea, para los mismos usos y fines. Se advierte que se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Dirección General de la Mujer, C/ Mieses, 26, 47009 Valladolid. Asimismo se informa que los datos contenidos en el "Registro Unificado de Víctimas de Violencia de Género de Castilla y León", podrán ser compartidos con las administraciones cuya función sea la protección de víctimas de violencia de género, para el ejercicio de dicha función.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

DIRECTORA GENERAL DE LA MUJER

2.- PROGRAMA FENIX Y SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN.

El programa Fénix es un programa de intervención psicológica dirigido a los hombres que ejercen la violencia contra las mujeres por cuestiones de género. Algunos de sus objetivos son:

- ✓ Disminuir la probabilidad de reproducir patrones violentos de relación con futuras parejas.
- ✓ Favorecer el bienestar psicológico de los hombres que ejercen violencia de género contra las mujeres.
- ✓ Incrementar el ajuste personal de estos hombres.
- ✓ Y por supuesto, eliminar la violencia hacia las mujeres desde los propios agresores que en estos momentos la ejercen.

Responde a una conceptualización integral de abordaje de la violencia de género contra las mujeres desde una perspectiva psicológica, que contempla la intervención con los hombres que la ejercen como uno de los aspectos clave que tiene como finalidad prioritaria la prevención de nuevas situaciones de maltrato hacia sus parejas.

El programa Fénix está integrado en el "Convenio de colaboración entre la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León".

Desde los Servicios Sanitarios, la derivación al programa Fénix se realizará a través de las secciones de mujer de cada Gerencia Territorial, a través de la Solicitud de participación en el Programa en modelo normalizado.

Los requisitos para esta derivación son los siguientes:

- ✓ El programa tiene carácter voluntario.
- ✓ Los hombres tienen que ser residentes en Castilla y León.
- ✓ Previo a la derivación, el personal sanitario que corresponda debe verificar que el usuario ha ejercido o ejerce en la actualidad violencia por motivos de género.

Las Secciones de Mujer de las Gerencias Territoriales serán las encargadas de contactar con el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León para que asigne el profesional que se encargará de realizar la valoración del maltratador. Este profesional se pondrá en contacto con el interesado en el plazo de un día y concertará la cita para la primera sesión. Una vez iniciada la intervención psicológica, la Sección de Mujer realizará el seguimiento de la misma en colaboración con el profesional del COPCYL que la lleve a cabo.

Junta de Castilla y León

Servicios Sociales de Castilla y León

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA FÉNIX

Datos del solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad		N.I.F./N.I.E.
Dirección			
C.P.	Localidad		Provincia
Teléfono/s			

Solicitud

SOLICITO participar de forma voluntaria en el Programa FÉNIX

…… ,……de ……de 20

Firma

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos de carácter personal contenidos en este formulario serán incorporados al fichero automatizado denominado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, del que es titular la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, con los siguientes usos y fines: gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León. Igualmente se indica que los datos podrán ser cedidos a las Entidades Locales y empresas proveedoras de prestaciones sociales estrictamente para la finalidad de provisión. Se advierte que se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley orgánica, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia de Servicios Sociales, C/ Padre Francisco Suárez 2, 47006 Valladolid.

GERENTE TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE

3.- SOLICITUD Y AUTORIZACION PARA EL ACCESO A LOS RECURSOS DE LA RED DE VIOLENCIA DE GENERO EN SERVICIOS SOCIALES.

Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Servicios Sociales de Castilla y León

RECURSOS DE LA RED DE ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN

SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:
DIRECCIÓN:
DNI/NIE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD: TELÉFONO:
ESTADO CIVIL: Nº DE PERSONAS A CARGO:
FORMACIÓN: PRIMERA VISITA: ☐ SI ☐ NO

RECURSOS DE LA RED DE ATENCIÓN:

INFORMACIÓN PRESENCIAL		SOLICITUD
☐ Recursos residenciales:	☐ Centro de Emergencia	SI ☐
	☐ Casa de Acogida	SI ☐
☐ Programa apoyo psicológico:	☐ Mujeres	SI ☐
	☐ Menores nº	SI ☐
☐ Programa asesoramiento jurídico:		SI ☐
☐ Servicio de traducción e interpretación:		SI ☐

☐ Programa de viviendas individuales (*Solicitud según modelo*).

☐ Ayuda económica a víctimas de violencia de género del artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (*Solicitud en Orden FAM/785/2006, de 4 de mayo.*)

☐ Otros:

INFORMACIÓN PRESENCIAL DE OTROS POSIBLES RECURSOS:

☐ Renta Activa de Inserción.

☐ Renta Garantizada de Ciudadanía.

☐ Ayudas y asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre.

☐ Otros:

He recibido información de los diferentes recursos, estoy interesada en los indicados y solicito la atención en los señalados.

(Fecha y firma)

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos de carácter personal contenidos en este formulario serán incorporados al fichero automatizado denominado "Registro Unificado de Víctimas de Violencia de Género de Castilla y León", debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, del que es titular la Dirección General de la Mujer de la Consejería de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, con los siguientes usos y fines: gestión homogénea y unitaria de los datos de violencia de género, en todas las instancias intervinientes. Igualmente se indica que los datos podrán ser cedidos a otros órganos de la Administración autonómica de Castilla y León, a la administración estatal, autonómica y local o a la Comisión de la Unión Europea, para los mismos usos y fines. Asimismo se advierte que se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Dirección General de la Mujer, C/ Mieses, 26, 47009 Valladolid.

ANEXO VII. MAPA DE RECURSOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ÁMBITO ESTATAL

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO, del MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Servicio telefónico 016 (gratuito y profesional las 24 horas del día), de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género (durante el día se deriva al 012 de Castilla y León)
las consultas se pueden dirigir por correo electrónico al servicio 016 online: 016-online@msssi.es

COMISIÓN PARA LA INVESTIGACION DE MALOS TRATOS A MUJERES:
SERVICIO DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA MUJERES QUE SUFREN MALOS TRATOS: 900100009 de Lunes a Viernes de 9:00 a 21:00. Ayuda a la intervención en crisis, así como informa y orienta a la mujer sobre los recursos a los que puede dirigirse, todo ello bajo los principios de anonimato y confidencialidad.

TELÉFONO ÚNICO DE EMERGENCIAS: 112

UNIDADES DE FAMILIA Y MUJER (UFAM) DE LA POLICIA NACIONAL EN TODAS LAS JEFATURAS DE POLICIA, son unidades especializadas, a nivel central tienen los Servicios de Atención a la Familia (antiguos SAM de mujeres Y GRUME de menores).
Ver contacto y teléfonos de cada provincia en:
https://www.policia.es/org_central/judicial/ufam/contacto_ufam.html

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

INFORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TEMAS DE INTERÉS PARA LAS MUJERES
Teléfono 012: Horario: de lunes a viernes no festivos de 8:00 a 20:00 h. Sábados de 10:00 a 15:00 horas. Fuera de este horario, las usuarias pueden dejar su consulta en el buzón de voz y el 012 mujer devolverá la llamada, en dos días hábiles, con la información solicitada. Las situaciones de emergencia serán derivadas al teléfono 112.
También tiene el correo electrónico: informacion012@jcyl.es

Información general
Informa sobre aspectos generales de interés para la mujer, como empleo y autoempleo, formación, cursos y jornadas, ayudas y subvenciones, igualdad de oportunidades, asociacionismo, recursos económicos y asistenciales para la mujer, y cualquier otro.
Asesoramiento jurídico
Proporciona asesoramiento jurídico en relación con materias que afecten a las mujeres en el ámbito administrativo, laboral, civil, familiar y cualquier otro.
Atención psicológica
Proporciona atención psicológica, cuando la llamada así lo requiera.
Atención específica a víctimas de violencia de género
Atiende a las mujeres víctimas de violencia de género, proporcionándoles información y asesoramiento acerca de los recursos y programas articulados por las Administraciones Públicas para su seguridad y asistencia social, jurídica, sanitaria, psicológica o de cualquier otra índole.

DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DE LA CONSEJERIA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
C/ Mieses 26 CP.47009 Valladolid Tnos.983 412 278 / 983 412 431 / 983 412 285.

DIRECCIONES DE LOS CENTROS DE ACCIÓN SOCIAL – CEAS

Los CEAS están ubicados en todo el territorio de Castilla y León. Son la puerta de entrada a todas las prestaciones incluidas en el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León, entre las que se encuentran las específicas para violencia de género.
Para localizar el CEAS según el domicilio en este enlace:
http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1254750035429/_/_/_
o llamando al teléfono de información 012.

GERENCIAS TERRITORIALES DE SERVICIOS SOCIALES.

Secciones de Mujer de la Junta de Castilla y León.
Es un servicio de coordinación y gestión de programas y ayudas especializadas para las mujeres en situación de maltrato. Se accede a las mismas a través de valoración y prescripción desde un CEAS y son punto de coordinación en cada provincia para órdenes de protección.

La **Sección de Mujer** de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales en cada provincia

- **ÁVILA: Sección de Mujer de la GT**

Pza. Fuente el Sol, s/n - C.P.: 05001 - Ávila (Ávila)
Teléfono: 920 355 862

- **BURGOS: Sección de Mujer de la GT**

Paseo Sierra de Atapuerca, 4 - C.P.: 09002 - Burgos (Burgos)
Teléfono: 947 280 171

- **LEÓN: Sección de Mujer de la GT**

Plaza de Colón, 19 24071 León - C.P.: 24008 - León (León)
Teléfono: 987 256 612

- **PALENCIA: Sección de Mujer de la GT**

Calle Obispo Nicolás Castellanos, nº 10, 2º planta - C.P.: 34001 - Palencia (Palencia)
Teléfono: 979 707 205

- **SALAMANCA: Sección de Mujer de la GT**

Edificio Administrativo de Usos Múltiples (ESAUM)
C/ Príncipe de Vergara, 53-71 - Planta Baja - C.P.: 37003 - Salamanca (Salamanca)
Teléfonos: 923 296 746 y 923 136 458.

- **SEGOVIA: Sección de Mujer de la GT**

Pza. Doctor Andrés Laguna, 4 - C.P.: 40001 - Segovia (Segovia)
Teléfono: 921 466 729

- **SORIA: Sección de Mujer Soria de la GT**

C/ Campo, 5 - C.P.: 42071 - Soria (Soria)
Teléfono: 975 239 176

- **VALLADOLID: Sección de Mujer de la GT**

C/ Dos de Mayo 14-16 - C.P.: 47004 - Valladolid (Valladolid)
Teléfonos: 983 414 278 y 983 306 888

- **ZAMORA: Sección de Mujer de la GT**

Edificios de Usos Múltiples
C/ Prado Tuerto, 17 - 14 planta - C.P.: 49019 - Zamora (Zamora)

Teléfono: 980 671 300 extensión 890675

ASOCIACIONES Y ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO ASOCIACIONES DE MUJERES
En nuestra Comunidad Autónoma existen numerosas Entidades, Asociaciones y ONG´S, dedicadas a la atención y asistencia a las víctimas de violencia de género. Prestan información y asesoramiento; apoyo y tratamiento psicológico; asistencia jurídica con acompañamiento en la denuncia, etc.

ÁVILA
Asociación de Mujeres Progresistas de Ávila
C/ Cardeñosa 13, (Chalet 5), Ávila. Tfno: 699 631 431 Email: mprogresistasavila@yahoo.es

BURGOS
Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
Pza. Alonso Martínez, 7A 3º Ofic.36. Burgos. Tfno: 947 206 783. Email: adavasburgos@hotmail.com

Defensa de la Mujer "La Rueda"
C/ Cabestreros 2C, 1ª planta Burgos. Tfno: 947 205 127 Email: laruedaburgos@yahoo.es

Mujeres Progresistas "Mariana Pineda"
C/ La Estación nº 12, 2º Miranda de Ebro (Burgos) Tfno: 606 018 377 Email: adememiranda@yahoo.es

Asociación "Rosa de Lima Manzano"
C/ Bajada del Molino nº 2, 2º Izquierda, Aranda de Duero (Burgos) Tfno: 947 510 937
rosalimamanzano@terra.es

LEÓN
Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
C/Gran Vía de San Marcos, 4 - 2º dcha. León. Tfno: 987 230 062. Email: adavasleon@gmail.com

Fundación de familias monoparentales "Isadora Duncan"
Avda. Reino de León 12, 1º. León. Tfno:987 261 449. Email: info@isadoraduncan.es

Asociación Leonesa "Simone de Beauvoir"
C/Arquitecto Torbado, 4 1º Izda Of.1 León Tfno: 987 208 457 /987 264 577.
Email: simonebeauvoirleon@gmail.com

PONFERRADA
Casa de la Mujer Berciana
C/ Juan Sebastián Elcano 5 bajo .Ponferrada. Tfno.679-38.36.41. Email: mujeresbercianas@gmail.com

Asociación de Mujeres Progresistas Bercianas
C/ Ave Maria, 29 2º Ofic 2. Ponferrada.Tfno.987 428 318. Email: ampb29@hotmail.com

PALENCIA
Asociación Mujeres Progresistas "Carmen Montes"
C/ Jacinto Benavente 5. Palencia. Tfno. 979 71 51 05 Email: mujeresprogresistaspalencia@gmail.com

SALAMANCA
Asociación "Beatriz de Suabia"

C/ Echegaray, 9. Salamanca.Tfno:619 675 546/ 681 620 033.
Email: asociacionbeatrizdesuabia@yahoo.es

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS)
Corral de Villaverde, nº 1 – 5ºbSalamanca.Tfno:923 260 599. Email: adavas@gmail.com

Asociación de ayuda a la mujer "Plaza Mayor"
C/ El Arco nº 2-6, 2º F Salamanca. Tfno: 923 211 900/685 922 411. Email: mujer@asociacionplazamayor.es

SEGOVIA
Asociación para la Promoción y la Formación Integral de la Mujer (APYFIM)
C/Andrés Reguera Antón, s/n. Segovia. Tfno: 921 463 468 Email: apyfim@gmail.com

SORIA
Antígona Asociación de Mujeres
Ronda Eloy Sanz Villa, 5. Soria. Tlfno: 628 161 623. Email: cbaenamoreno@gmail.com

VALLADOLID
Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos (ADAVASYMT)
C/ Mirabel 44, 4ºC. Valladolid Tel.: 983 350 023/606 792 398 (24 h) Email: asociacion@adavasymt.es

Asociación de Mujeres "Rosa Chacel"
Pza. Sta. Cruz 6, 4º Valladolid Tel.: 983 397 325 Email: rosachacel@rosachacel.org

ZAMORA
Mujeres Progresistas de Zamora
C/ Regimiento de Toledo nº 20, 6º B Zamora. Tfno: 980 512 824. Email: marbarad@jcyl.es

Listado general de todas las asociaciones de mujeres de Castilla y León:

http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284277466176/_/_/_

ANEXO VIII. PARTE DE LESIONES

Junta de Castilla y León

Sacyl

PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

1. DATOS DEL CENTRO

Nombre del centro			
Dirección			
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono

2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo ☐H ☐M
Dirección			Telf.
Provincia	Municipio		CP
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
DNI	Nº de Historia Clínica y/o CIPA (CIP)		

3. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA

4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES

☐ ACCIDENTE ☐ Tráfico ☐ Laboral ☐ Otros (especificar)

☐ VIOLENCIA DE GÉNERO

☐ MALTRATO ☐ Menores de edad ☐ Personas mayores ☐ Personas con discapacidad

☐ AGRESIÓN ☐ Sexual ☐ Otra (especificar)

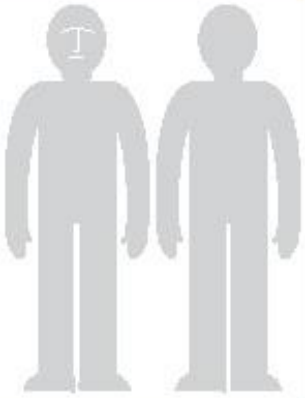
☐ ANIMALES

☐ INTOXICACIÓN

☐ OTRAS CAUSAS (especificar)

5. LESIONES QUE PRESENTA

Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada



6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

8. PLAN DE ACTUACIÓN

Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO // PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)

Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:

Tipo de maltrato ☐ Físico ☐ Psíquico ☐ Sexual

¿Conoce a la/s persona/s agresora/s? ☐ No ☐ Sí ☐ No contesta

Nombre de la/s persona/s agresora/s:

Dirección de la/s persona/s agresora/s

Teléfono

Relación con la/s persona/s agresora/s

Convive con ella/s ☐ No ☐ Sí

OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE

Nombre y Apellidos:

Relación con la persona asistida

TESTIGOS DEL INCIDENTE

Nombre y Apellidos:

Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:

Estado emocional actual de la persona asistida:

CUMPLIMENTAR **SOLO** EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES

¿Está embarazada? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene trabajo remunerado? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo ☐ No ☐ Sí

Nombre y Apellidos:

Relación de parentesco:

¿Acude sola? ☐ Sí ☐ Acompañada de:

¿Ha sufrido agresiones anteriores? ☐ No ☐ Sí ¿Desde cuándo?

¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? ☐ No ☐ Sí

ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS

11. CUMPLIMENTAR **SOLO** EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

La exploración es ☐ compatible ☐ incompatible con los hechos recogidos

12. OBSERVACIONES

13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO

Nombre y Apellidos:

Firma

Nº de colegiado:

ILMO/A SR/A MAGISTRADO/A – JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

El parte de asistencia por lesiones es el documento que deben cumplimentar los y las médicos de todos los y servicios sanitarios de la Gerencia Regional de Salud para comunicar al Juzgado de Guardia la asistencia sanitaria prestada por lesiones de cualquier tipo.

El parte de asistencia por lesiones debe cumplimentarse informáticamente en el formulario disponible en el programa informático de registro de Historia Clínica Electrónica y en los casos que no esté disponible, en el modelo que se facilitará a todos los profesionales para su cumplimentación en bolígrafo, con letra clara y legible y sin tachaduras.

Los apartados que procedan deben de cumplimentarse en su totalidad según las siguientes instrucciones:

Apartado 1. Datos del centro
Se registrarán los datos del centro sanitario en el que se presta la asistencia: Centro de Salud, Punto de Atención Continuada (PAC) u Hospital. En el caso de Emergencias Sanitarias se registrará el nombre de la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) que realiza la asistencia.

Apartado 2. Datos del paciente
Se consignarán los datos del paciente. Podrá utilizarse la etiqueta identificativa del paciente cuando la cumplimentación del documento se realice de forma manual siempre que esta incluya todos los datos requeridos en este apartado.

Apartado 3. Fecha y hora de la asistencia
Se usará el formato hh:mm para la hora y dd/mm/aaaa para la fecha.

Apartado 4. Causa presumible de las lesiones.
Deben tenerse en cuenta los siguientes conceptos:
Violencia de género: todo acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ejercidas sobre la mujer por parte de quién sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.
Maltrato a personas: incluye los malos tratos físicos, psíquicos o sexuales. Se hará constar específicamente el maltrato a menores de edad, personas mayores y personas con discapacidad.
Agresión: acción con violencia que incluye tanto las de índole físico como las de tipo verbal. Se hará constar específicamente en este apartado las agresiones sexuales no incluidas en la definición anterior de violencia de género.
Otras causas: aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados relacionados anteriormente y precisen ser comunicados al Juzgado, como por ejemplo el fallecimiento por causa no natural. Se especificará la posible causa.

Apartado 5. Lesiones que presenta
Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta la paciente (tipo, localización, tamaño, número, aspecto, data aproximada y otras características de interés) además de señalarse en las figuras disponibles.
ES IMPORTANTE REFLEJAR TAMBIÉN EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN Y SI SE LA HA ADMINISTRADO ALGUNA MEDICACION ANSIOLÍTICA O SE LA HA TRANQUILIZADO CON APOYO EMOCIONAL.

Apartado 6. Pruebas complementarias realizadas
Deben enumerarse las pruebas complementarias que se realicen.

Apartado 7. Impresión diagnostica.
Se trata de un diagnóstico de presunción que se realiza en función de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias realizadas.

Apartado 8. Plan de Actuación.
Tras la atención es necesario registrar si la persona recibe el alta médica, precisa ingreso hospitalario, es derivada a otro servicio o centro sanitario, así como si precisa seguimiento o tratamiento.

Apartados 9 y 11.
Estos apartados, en los que se debe hacer constar todos los datos requeridos según las manifestaciones de la persona lesionada, SOLO se cumplimentarán en los casos de asistencia sanitaria cuya causa presumible sea violencia de género y cuando la persona que recibe asistencia sanitaria por lesiones se encuentre privada de libertad. Sólo en este último caso, se harán constar si la exploración es compatible o no con los hechos recogidos.

Apartado 10.
SOLO en los casos de violencia de género también es necesario consignar los antecedentes personales de interés en relación con las lesiones.

La correcta cumplimentación de los datos recogidos, especialmente en los apartados 9 y 10, contribuye a agilizar las actuaciones judiciales y la adopción de las medidas legales necesarias en cada caso.

Los datos recogidos se regirán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose su confidencialidad, seguridad e integridad.

13 BIBLIOGRAFÍA

[1] World Health Organization. Global status report on violence prevention. Geneva. 2014. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

[2] Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual Manual clínico. Washington, D.C: OPS. Documento núm. OPS/FGL/16-016 (Clasificación NLM: HM 278) Organización Panamericana de la Salud 2016.

[3] Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid. 2015. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

[4] Bolaños Gallardo E, Fernández-Alonso M C, Menéndez Suárez M, San José Díaz A, Calvo Martínez T R y Herrero Velázquez S. Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres de Castilla y León: un estudio cualitativo. Comunidad Mayo 2014;16(1) ISSN: 2339-7896

[5] WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva, 2013.

[6] Protocolo Común de actuación para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2007. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf

[7] Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. Valladolid. 2010.

[8] United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence Against Women. A/RES/48/104. 1993. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

[9] Council of Europe. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence: Istanbul, 11. V. 2011. Council of Europe; 2011. p8.

[10] Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género BOE» núm. 313, de 29/12/2004.

[11] Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León. BOCYL núm. 243 de 20 de diciembre de 2010.

[12] Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE-A-2015-8470.

[13] Krug E G, Dahlberg L L, Mercy J A, Zwi A B, Lozano R. editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

[14] Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002;359:1423-9.

[15] Iceberg de la violencia de género de Amnistía Internacional: https://grupos.es.amnesty.org/es/castilla-leon/grupos/salamanca/paginas/noticia/articulo/la-violencia-de-genero-como-responsabilidad-social/

[16] FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014), Violence against Women: an EU-wide survey. Results at a glance. Luxemburg. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report

[17] Devries K M, Mak J Y T, García-Moreno C, Petzold M, Child J C, Falder G, Lim S, Bacchus L J and col. The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women**.** Science 28 Jun 2013 : 1527-1528 . DOI: 10.1126/science.1240937

[18] Richardson R, Coid J, Petruckevitch A, Shan Chung W, Moorey S, and Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324 (7332): 274. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://bmj.com

[19] Bradley F, Smith M, Long J and O´Dowd T. Reported frecuency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. BMJ: 2002; 324 (7332): 271. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://bmj.com

[20] Ruiz Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Castaño C, Montero Piñar I, Escibea Aguilar V, Jiménez Gutiérrez E, Martín Baena D y G6 para el Estudio de Violencia de Género en España. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac.San (2010).

[21] Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 2002; 162: 1157-63.

[22] Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002;359:1331-6

[23] McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA. 1992;267:3176-8

[24] Gomel MK. Domestic violence-an issue for primary health care professionals. En: Jenkins R, Ustan TB, editors. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester: John Wily and Sons; 1998. p. 440-55.

[25] Sarkar N N. The impac to intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome.J Obstet Gynaecol. 2008 Apr; 28(3):266-71

[26] García-Moreno Claudia, Jansen H, Watts Charlotte, Ellsberg M and Heisa L. Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. OMS. Ginebra. 2005.

[27] Raya Ortega L, Ruiz Perez I, Plazaola Castaño J, Brun Lopez-Abisab S, Rueda Lozano D, Garcia de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud fisica y psiquica. Aten Primaria. 2004;34:117-27

[28] Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS., 2009. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. HSR: Health Services Research. 44(3):1054-1067.

[29] Fearon J and Hoeffler A. Benefits and Costs of the Conflict and Violence Targets for the Post-2015 Development Agenda. Copenhague Consensus 2015. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/conflict_assessment_-_hoeffler_and_fearon_0.pdf

[30] National Center for Injury Prevention and Control. Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2003. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPVBook-a.pdf

[31] Walby S. The cost of domestic violence. Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Centre for Health Sciences Barts.London; 2005 , [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.equation.org.uk/wp-content/uploads/2012/12/Interventions-a-systematic-review-of-controlled-evaluations.pdf

[32] European Institute for Gender Equality. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report

[33] Martínez Martín M I. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía .Hacia una metodología comprensiva del fenómeno. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. 2004.

[34] García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health service reponse to violence against women . Lancet. 2002; 359: 1509-14.

[35] WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. (2013) Geneva. Switzerland

[36] García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health system response to violence against women. The Lancet 2014;385(9977):1567-79.

[37] WHO. Executive Board. EB138/9. 69 Council Draft global plan of action on violence. 2016 Annex 2. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-ensp.pdf accessed 16 June 2017

[38] Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora´s Box. JAMA. 1992; 267(23): 3157-60

[39] Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. BMJ 2004;328: 618-21

[40] Herrero Velázquez S. "Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su actuación. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina Departamento de Medicina. Universidad de Valladolid. 2011

[41] Carlson Gielen A, O'Campo P J, Campbell J C et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. American Journal of Preventive Medicine Vol.19, 2000, Pages 279-285.

[42] Fernandez Alonso M C, Herrero Velazquez S, Buitrago Ramirez 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.

[43] Comisión contra la Violencia de Género; Consejo Interterritorialdel Sistema Nacional de Salud. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf

[44] Salvador Sánchez L. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. Journal of Feminist, Gender and Women Studies (2015). [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/416

[45] Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S.De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria .2007(12). [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: www.catedramfamiliauab.com

[46] Herrero Velázquez S, Fernández Alonso MC, Iribar Diéguez IK .Prevención terciaria de la violencia doméstica: actuaciones ante un caso de malos tratos. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.2007(12) [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: www.catedramfamiliauab.com

[47] Protocolo Común de actuación para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid.2012. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf

[48] OMS. OPS. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Documento núm. OPS/FGL/16-016 Washington, D.C.: OPS, 2016. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/

[49] Kyriacou D N, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T and Lindden J A, et al :Risk Factors For Injury to Women From Domestic Violence. Risk Factors for Injury to Women from Domestic Violence. N. Engl J Med.1999; 341: 1892-1898.

[50] MacMillan H L, Wathen C, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. JAMA. 2009; 302(5): 493-501

[51] McFarlane J M, Groff J Y, O'Brien J A, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. Nurs Res. 2006; 55(1): 52-61

[52] Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, Cosgrove K, Mulley K, Feder G. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003; 327: 673–6

[53] Ramsay J, Richardson J, Carter Y H, Davidson L L, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 2002;325:314. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://bmj.com/cgi/content/full/325/7359/314

[54] Rodríguez M A, Bauer H M, Mc Loughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA. 1999;282:468-74.

[55] O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A.Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007.DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3.

[56] Spangaro J M, Zwi A B, Poulos R G.: A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. Psychol Violence. 2011;1(2):150-62.

[57] Carlson Gielen A, O´Campo P J, Campbell JC et al. Women´s Opinions About Domestic Violence Screning and Mandatory Reporting. Am.J.Prev Med 2000;19: 279-285.

[58] Nelson H D, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 92. Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012.

[59] O'Campo P. et al., Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review, Social Science & Medicine 72(2011), 855-866 doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.019

[60] Escuela Andaluza de Salud Pública. Medición de la Violencia contra la mujer. Catálogo de instrumentos para Cribado y Frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. OSM, 2006
Edit: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2007.

[61] Garcia-Esteve Ll., Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz M L, Herreras Z y Valdes M.Validación y comparación de cuatro instrumentos para la deteccion de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Med Clin (Barc). 2011;137(9):390–397

[62] Plazaola Castaño J, Ruiz Perez I, Escriba Aguir V y Jumenez Martin 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. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf

[63] Harriet L. MacMillan,C. Nadine Wathen, Ellen Jamieson, Michael Boyle, Louise-Anne McNutt, Andrew Worster, Barbara Lent,Michelle Webb, Approaches to Screening for Intimate PartnerViolence in Health Care Settings A Randomized Trial. JAMA, August 2, 2006—Vol 296, No. 5

[64] Chen P-H, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Panand K-Y Johnson MS. Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice. Ann Fam Med 2007;5:430-435. DOI: 10.1370/afm.716.

[65] Rabin R F, Jennings J M, Campbell JC, and Bair-Merritt M H. Intimate Partner Violence Screening Tools. Am J Prev Med. 2009 May ; 36(5): 439–445.e4. doi:10.1016/j.amepre.2009.01.024

[66] Iskandar L, Braun K L and Katz A R. Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. J Interpers Violence. 2015 April; 30(7): 1208–1225. doi:10.1177/0886260514539844.

[67] WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook. WHO/RHR/14.26OMS. (2014). [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1

[68] Fernández Alonso M C,Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra las mujeres. Ed: Socalemfyc. Valladolid. 2005.

[69] Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid .Madrid.2008 [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en:
www.msc.es/enfermedadesLesiones/violencia/violenciaDomestica/cont_prologoPrevencionViolencia.htm

[70] Taket A, Smith K, Watson J et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003: 327: 673-676.

[71] Álvarez Freijo M, Andrés-Pueyo A, Augé Gomà M, Choy Vilana A, Fernández Velasco R, Fernández Rodríguez C, Foulon H y col. CIRCUITO BARCELONA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS

MUJERES RVD-BNC. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona 2011.

[72] Zinck T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical Management of Intimate Partner Violence Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation. Ann Fam Med 2004;2:231-239. DOI: 10.1370/afm.74.

[73]Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (Observatorio de la Infancia) y Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2014.

[74] Grupo de trabajo APAPCYL & Sacyl &GSS. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y Leon. 2016. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales

[75] Díaz-Aguado Jalon M J, Martínez Arias, R. Documento Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres. Instituto de la mujer 2002;53-57. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www:ue2002.es

[76] Pérez Ramírez M, Giménez-Salinas Framís A y de Juan Espinosa M. Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. Psychosocial Intervention 22 (2013) 105-114

[77] Echeburúa E. Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro Psychosocial Intervention 22 (2013) 87-93. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591370011

[78] Rondeau, G, Brodeur, N, Boisvert, R, & Foisy, A. Évaluation du programme intensif de traitement pour conjoints violents offert par l'organisme Après-Coup. Recension des écrits. Collection Études et Analyses, no 25. Montréal et Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. 2002. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/publications/pub_65.pdf

[79] Polo Usaola C, López Gironés M. Atención psicológica a la mujer víctima de malos tratos.Revista clínica electrónica de Atencion Primaria. N 12. Marzo 2007. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=12&art=07

[80] Polo Usaola C, Marisa López Gironés, Daniel Olivares Zarco, Antonio Escudero Nafs, Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria. Autoinculpación en mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja. Factores implicados. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.26 no.1 Madrid ene./mar. 2006.

[81] Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence Against Women 2004;10:770 – 89

[82] Sarkar N N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obst Gynaecol. 2008 Apr;28(3):266-71

[83] Salazar M, Valladares E, Öhman A and Högberg U. Ending Intimate Partner Violence after pregnancy: Findings from a community-based longitudinal study in NicaraguaBMC Public Health. 2009; 9: 350. doi: 10.1186/1471-2458-9-350.

[84] Elsberg M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94, 325-332.

[85] Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. Matern Child Health J 2003;7:31- 43.

[86] Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. Int Fam Plann Perspect 2004;30:165 -73.

[87] American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate partner violence. Committee Opinion Nº 518. Obstet Gynecol 2012;119:412–7.

[88] Consejeria para la Igualdad y Bienestar Social. Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales mujeres con discapacidad y violencia sexual. Junta de Andalucia. 2009. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Personas_Discapacidad/Publicacion/Violencia_Sexual/Violencia_sexual.pdf

[89] González Aguado F, González Cases JC, López Gironés ML, Polo Usaola C y Rullas Trincado M .Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Comunidad de Madrid. 2010 [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaatencionmujeresmaltratadastrastornomental.pdf

[90] Recio M, Galindo L, Cendra J, Alemany A, Villaró G y Martorel A. Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación. Fundacion Pardo-Valcarce. Madrid 2013. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.nomasabuso.com/wp-content/uploads/2012/05/Gu%C3%ADa.pdf

[91] Sánchez Moro C , Álvarez-Buylla S, Espinella Sánchez B. Situación de las mujeres sordas ante la violencia de género. Confederación Estatal de Personas Sordas. Madrid . [Citado el 29 ago 2017]. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.cnse.es/uploaded/publicaciones/violencia_genero.pdf

[92] CERMI. Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la macroencuesta 2015 Madrid. 2017. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.fundacioncermimujeres.es/sites/default/files/informe_sobre_violencia_de_genero_2.pdf

[93] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Violencia de género en pequeños municipios del estado español.Madrid 2009. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro6_VG_municipios.pdf

[94] Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de castilla y Leon. Protocolo de Actuación Profesional para casos de Violencia de Género en el medio rural en Castilla y León. 2009. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/documentacion-castilla-leon

[95] Fernandez Alonso M C, Herrero Velazquez S. Malos tratos a las personas mayores. FMC 2010;17 Supl (Protocolos) 1:7-15.

[96] Espiniella B, Goyenechea J, Pinilla A y Sánchez Moro C. Guía para profesionales. Trabajo en grupo para la promoción del buen trato con mujeres mayores. Madrid .2013. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://unaf.org/wp-content/uploads/2013/07/Guia-Profesionales-Daphne.pdf

[97] OPS. OMS .Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. WHO/RHR/13.10. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1

[98] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad PLAN INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA TRATA DE MUJERES Y NIÑAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL. Madrid. 2015. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/planContraExplotacionSexual/docs/Plan_Integral_Trata_18_Septiembre2015_2018.pdf

[99] Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida. APRAMP. Guía de intervención con víctimas de trata para profesionales de la salud. Madrid. 2015. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: https://apramp.org/download/guia-de-intervecion-con-victimas-de-trata-para-profesionales-de-la-salud/

[100] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. I Informe de seguimiento del plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual año 2015. Marzo 2017.

[101] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid. 2015. [Citado el 29 ago 2017]. Accesible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf