

PROTOKOLO DE DETECCIÓN Y ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales**

Junio 2023

Depósito Legal:
GC 275-2023

ISBN-978-84-16878-60-4

**PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y
ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Dirección General de Programas Asistenciales

- **Rita Tristancho Ajamil.** Directora General
- **Javier Lobato González.** Jefe del Servicio de Atención Primaria

Autoría y coordinación

- **María Dolores Amador Demetrio.** Técnica del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales
- **María Pilar Valerón Domínguez.** Técnica del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales

Grupo revisor

- **Dirección General de Programas Asistenciales**
 - **Lila Damas Plasencia.** Técnica del Servicio de Atención Sociosanitaria.
- **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura**
 - **Raquel Antolín Jiménez.** Enfermera
 - **Beatriz Macias Delgado.** Médica de familia
 - **Elena Pérez Peñate.** Trabajadora social
 - **María Auxiliadora Pérez Quevedo.** Enfermera
- **Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria**
 - **María Aránzazu Navarro Cruz.** Matrona
 - **Ana Dolores Ramos Hernández.** Trabajadora social
 - **Raquel Victoria Urréjola Cardenal.** Enfermera
- **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera**
 - **Ana Belén Aguiar Martín.** Enfermera
 - **Guadalupe Darías Fernández.** Trabajadora social
 - **Carmen Rosa Rivero González.** Médica de familia
- **Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro**
 - **Irene González García.** Médica de familia
 - **Francisca Giménez Lorenzo.** Enfermera
 - **Andrea María Padrón Espinosa.** Trabajadora social
- **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma**
 - **Mercedes Arteaga Rodríguez.** Trabajadora social
 - **Alejandra Falcón Hernández.** Médica de familia
 - **Silvia Vidal Yanes.** Enfermera
- **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**
 - **Francisco Hurtado Ruiz.** Enfermero
 - **Ana Genoveva Machín Medina.** Trabajadora social
 - **Rosaura María Núñez Rivero.** Médica de familia
- **Gerencia de Atención Primaria de Tenerife**
 - **Raquel García Luque.** Médica de familia
 - **María José González Luis.** Matrona
 - **Carmen Rosalía Hernández Delgado.** Enfermera
 - **Heriberta Rodríguez Morales.** Trabajadora social

Unidad de Coordinación de Historia de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales

- **Francisco Javier Espino Romero.** Técnico funcional
- **Carlos David Ramírez Álamo.** Técnico funcional
- **Teresa Ángeles Salamanca Barquín.** Técnica funcional

Colaboraciones institucionales

- **Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Canarias**
- **Instituto Canario de Igualdad. Servicio de Coordinación del Sistema Integral de Violencia**
- **Servicios públicos especializados de atención social a las víctimas de violencia de género de los cabildo insulares**



Índice

Presentaciones

1. ASPECTOS GENERALES	17
1.1 La violencia de género: definición y clasificación	19
1.2 La violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja	20
1.3 El proceso de la violencia: escalada y ciclo de la violencia	22
1.4 Las hijas y los hijos	25
1.5 Mujeres en situación de especial vulnerabilidad:	26
• Embarazo y puerperio	26
• Adolescentes y jóvenes	27
• Mujeres mayores	27
• Mujeres del medio rural	28
• Migración	28
• Adicciones	29
• Discapacidad	29
• Exclusión social	30
• Mujeres con VIH	30
• Mujeres en situación de prostitución	30
1.6 Magnitud	31
1.7 Consecuencias en la salud:	32
• De las mujeres	32
• De las hijas e hijos	34
• Del personal sanitario	35
1.8 Los servicios sanitarios ante la violencia de género:	35
• El papel del personal sanitario	35
• Funciones generales	37
1.9 Obstáculos para identificar y/o intervenir en violencia de género:	38
• Por parte de las mujeres	38
• Por parte del personal sanitario	39
• En el contexto de las consultas	39
• En el ámbito sanitario	39
1.10 Sensibilización y prevención desde el sistema sanitario:	40
• En el área profesional	40
• En la atención a la salud integral de las mujeres	40
• En el trabajo en la comunidad	41

2. OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	43
3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	47
3.1 Algoritmo general de actuación para la detección, valoración e intervención	49
3.2 Detección:	51
• Cuestionario WAST: cuestionario de cribado y detección en la pareja actual	52
• La entrevista clínica: contexto de la entrevista y preguntas para la detección de la violencia de género	55
• Los indicadores de sospecha	59
3.3 Valoración:	61
• Valoración biopsicosocial	62
• Valoración de la violencia	63
• Valoración del peligro y la seguridad	64
• Exploración de las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra	65
3.4 Intervención:	66
• Mujer sin riesgo actual de violencia de género	67
• Mujer en sospecha de violencia de género	68
• Mujer que sufre violencia de género SIN peligro extremo	70
• Mujer que sufre violencia de género CON peligro extremo	72
• Intervención con las hijas e hijos	76
3.5 Algoritmo de actuación en mujeres que acuden sin cita al centro de salud	78
4. MARCO LEGAL	83
4.1 Marco normativo e institucional	85
4.2 Aspecto éticos y legales	87
4.3 Parte de lesiones de violencia de género	88

5. RECURSOS **93**

5.1 Red Canaria de Servicios públicos especializados de atención social a las víctimas de violencia de género	96
5.2 Otros recursos	101

6. ANEXOS **103**

• Anexo 1. El parte de lesiones de Violencia de Género en la Historia Clínica Electrónica	105
• Anexo 2. Oficio de Notificación a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia	106
• Anexo 3. Documento de coordinación sociosanitaria en el ámbito asistencial	107
• Anexo 4. Comunicación a la Fiscalía	108

7. BIBLIOGRAFÍA **111**





PRESENTACIONES



La violencia hacia las mujeres se inscribe en un contexto estructural, social y cultural que afecta a todas las esferas de la vida de la mujer y necesita una respuesta amplia, social y asistencial. Es la manifestación más cruel de una situación de desigualdad y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres tanto en la vida pública como en la privada.

La violencia de género es un problema de dimensión mundial, reconocido en la Asamblea de las Naciones Unidas (resolución 48/104 del 20 de Diciembre de 1993) como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales contra las mujeres. Representa un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, como se señaló en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. La 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció la violencia contra las mujeres (violencia basada en el género) como un problema de salud pública creciente en todo el mundo y lo identificó como factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias, instando a los gobiernos a tomar medidas conjuntas para prevenirla y eliminarla.

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 15 establece que las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan **la detección precoz de la violencia de género**. También en su artículo 32 se insiste en la necesidad de desarrollar protocolos que aseguren una actuación coordinada, global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados.

Posteriormente entró en vigor el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), que reconoce la violencia de género como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de forma adecuada.

En España, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, realizada en 2019, el 32,4 % de las mujeres de 16 y más años ha sufrido algún tipo de violencia de género en el seno de una relación de pareja. Cada año, 374.175 mujeres sufren en nuestro país violencia física o sexual de alguna pareja o expareja y 2.164.006, violencia psicológica. Además, desde 2003 (año en que se empezó a registrar esta información) han sido asesinadas 1.182 mujeres por esta causa hasta diciembre de 2022, lo que supone una media anual de 60.

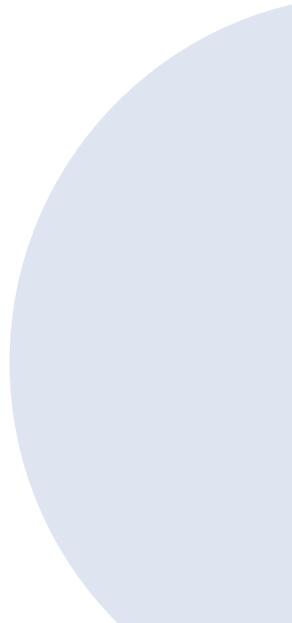


La atención a la violencia de género se encuentra desde hace décadas entre las prioridades del Servicio Canario de la Salud, y para dar continuidad a las actuaciones que desde 2000 se han ido poniendo en marcha, se ha elaborado el Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Atención Primaria (que actualiza el protocolo del 2003) siguiendo las directrices del Protocolo Común de Actuación Sanitaria del Sistema Nacional de Salud (2012), así como las del documento *Instrumento Estandarizado para la Detección Temprana de la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud* (diciembre 2021).

En nombre de la Dirección del Servicio Canario de la Salud quiero dar las gracias a todas las y los profesionales que han hecho posible este Protocolo por su rigor y su grado de compromiso; también a las personas de otras instituciones por sus valiosas aportaciones.

Con este Protocolo, el Servicio Canario de la Salud da cumplimiento a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, que ha incorporado la «detección temprana» dentro de las medidas urgentes del Plan de Mejora y Modernización Contra la Violencia de Género.

Elizabeth Hernández González
Directora del Servicio Canario de la Salud



La violencia de género no es un problema nuevo, sin embargo, su visibilidad social y sobre todo su reconocimiento como problema de salud es relativamente reciente. No hay que olvidar que la Organización Mundial de la Salud la declaró en 1996 como problema de Salud Pública en todo el mundo y puso de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud de las mujeres, sus hijas e hijos y sobre el sistema sanitario.

La Atención Primaria de salud, por sus características intrínsecas, desempeña un papel crucial en la ayuda a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría entran en contacto con el sistema sanitario en algún momento de su vida. Por tanto, tiene un papel estratégico y relevante en la detección precoz de casos y en la intervención temprana. Sin embargo, a pesar de que se han realizado grandes avances, la infradetección es una realidad y una preocupación institucional, puesto que se diagnostica un porcentaje de casos muy inferior al existente y en muchas ocasiones con una importante demora.

La magnitud de la violencia y el impacto que provoca en la salud de las mujeres y en la de sus hijas e hijos justifican la necesidad de incorporar nuevas herramientas, sencillas, estandarizadas y validadas, que puedan usarse de forma rutinaria en las consultas para facilitar la detección de casos que en ocasiones podrían haber pasado desapercibidos y que llegarían a ser detectados tarde, cuando el riesgo fuera extremo y la salud de la mujer estuviera más deteriorada.

El Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Atención Primaria que ahora se presenta tiene como objetivo principal establecer pautas de actuación para las y los profesionales, con el fin de favorecer la detección precoz, la valoración y la intervención que permitan proporcionar una atención segura y de calidad a las mujeres en situación de violencia de género ejercida por su pareja o expareja.

Este nuevo documento está basado en lo que ya recogían los protocolos anteriores, y además se añade una herramienta de detección, el Cuestionario WAST (Women Abuse Screening Tool), con el fin de reforzar y facilitar de forma sencilla y con la formación y adiestramiento adecuados la detección temprana de casos.

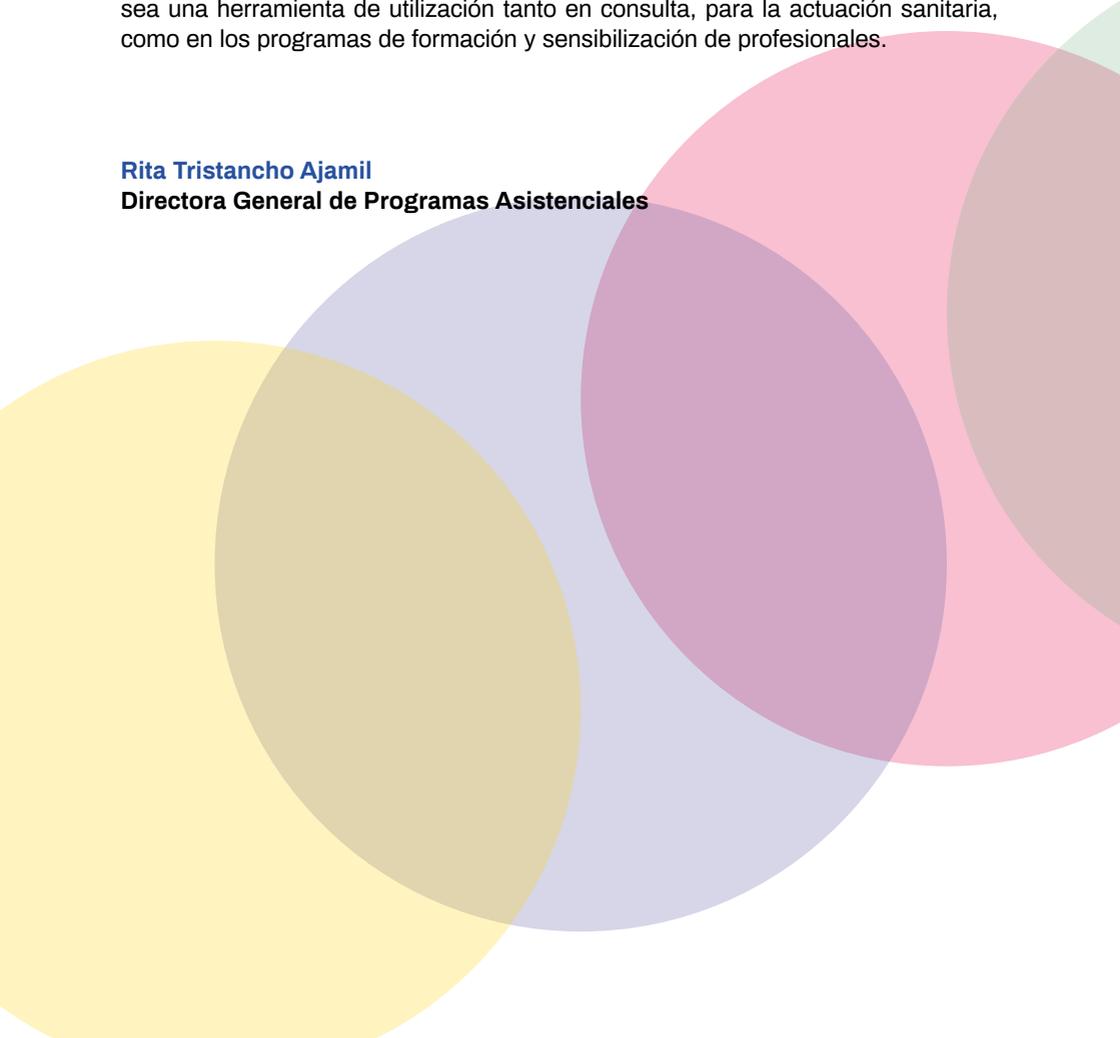
Es importante resaltar también que este Protocolo incorpora como víctimas directas de la violencia de género a las y los menores, y se ha dedicado un apartado específico para las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad —como mujeres embarazadas, mujeres mayores, mujeres que habitan en medios rurales, mujeres migrantes, mujeres en situación de prostitución, etc.— , a las que esta doble vulnerabilidad las enfrenta, aún más, a la posibilidad tanto de ser víctimas como de poder abandonar la situación de violencia en la que se encuentran.

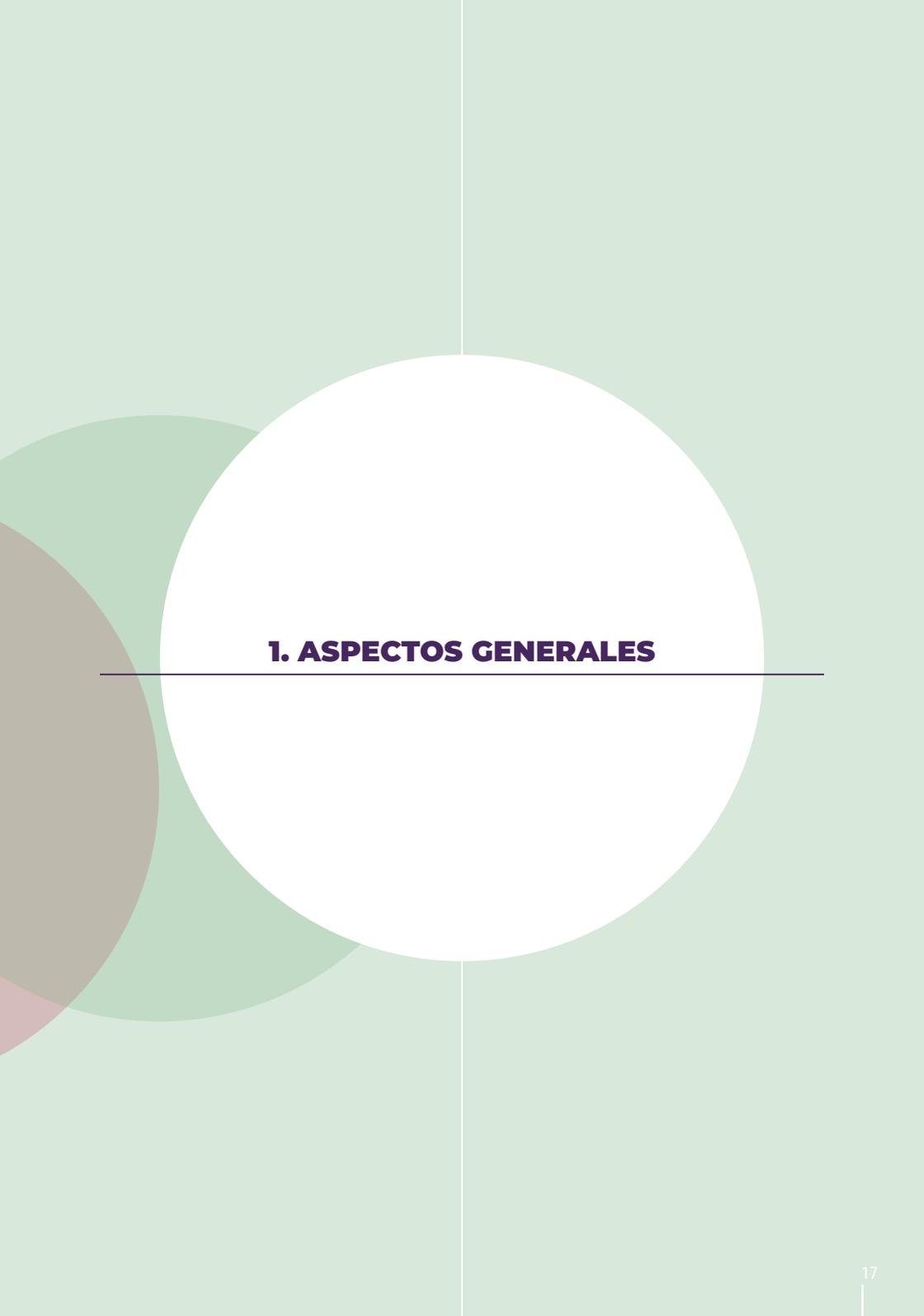
Este Protocolo se complementa con otros documentos de actuación sanitaria que abordan actuaciones específicas ante situaciones concretas que, por su complejidad, son desarrolladas de forma independiente, como el Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual (SCS, 2020).

Aprovecho la oportunidad para agradecer el esfuerzo realizado por todas las personas expertas que han contribuido en su redacción y revisión, y confío en que sea una herramienta de utilización tanto en consulta, para la actuación sanitaria, como en los programas de formación y sensibilización de profesionales.

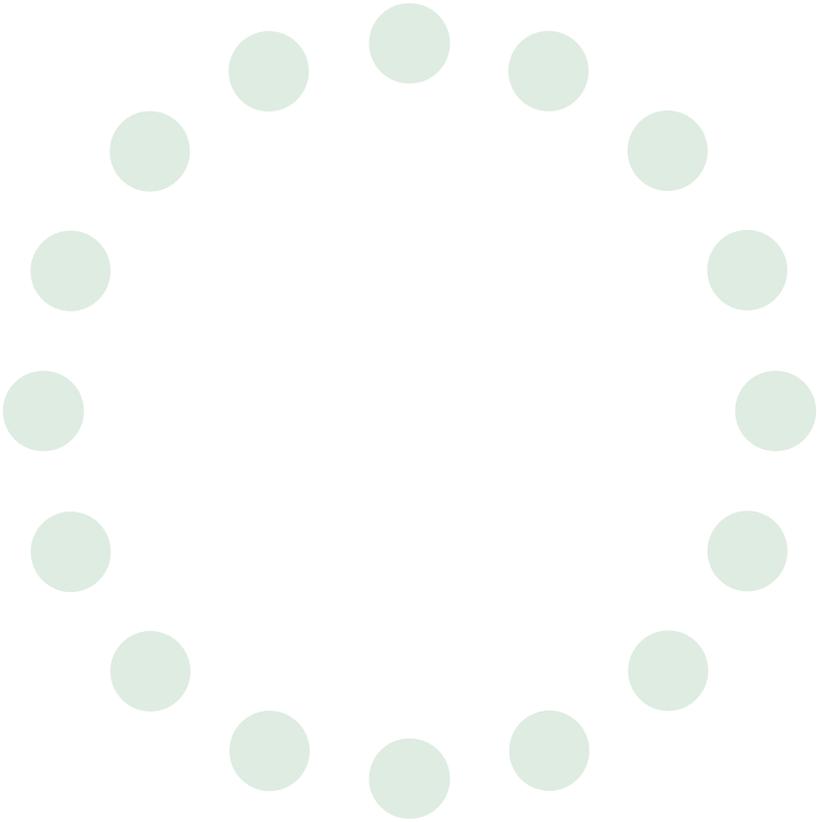
Rita Tristancho Ajamil

Directora General de Programas Asistenciales





1. ASPECTOS GENERALES



1.1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Durante siglos la violencia ha servido para controlar, dominar y someter a personas y grupos sociales. Mujeres y hombres sufrimos muchos tipos de violencia en común: violencia económica, de raza, de clase, tortura, guerra...

Pero existe una VIOLENCIA ESPECÍFICA CONTRA LAS MUJERES, que se ha utilizado como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

La violencia de género o la violencia ejercida contra las mujeres, en su múltiple y variada casuística, es una de las violaciones de derechos humanos más graves y ocultas que se registran aún en nuestra sociedad, perdurable en el tiempo y resistente, como ninguna otra lo ha sido, a la evolución de las mentalidades y los esquemas sociales.

Es una de las formas de violencia que ha permanecido más invisibilizada, naturalizada y normalizada en la sociedad; está presente en todos los países, independientemente de su sistema político o económico. No sabe de culturas, de clases sociales ni de etnias. Se manifiesta de diferentes maneras y tiene lugar en múltiples espacios, pero tiene una raíz única: la discriminación que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia de género como un grave problema de salud pública en todo el mundo. Produce en la mujer un deterioro en su salud física, psíquica y sexual y es causa de muerte e incapacidad. Presenta graves repercusiones en la salud de las hijas e hijos porque son testigos y víctimas. En definitiva, la violencia de género es un importante problema de salud pública que produce tanto muertes prematuras como sufrimiento y enfermedad a las mujeres, sus hijos e hijas.

DEFINICIÓN

En 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, donde se afirmaba que «la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos», y la definió 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 arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada». (Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer. ONU, 1993).

Además, reconocía que «La violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz y viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales».

CLASIFICACIÓN

La violencia de género, conocida habitualmente como maltrato a la mujer, está presente en todos los ámbitos en los que se desenvuelven las mujeres. Puede adoptar múltiples formas y variadas manifestaciones, que, según lo recogido en el Convenio del Consejo de Europa (Convenio de Estambul), van desde los abortos selectivos en función del sexo hasta el homicidio, la violencia física, psicológica y sexual, incluidas la violación, la violencia económica, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto y/o esterilización forzosa o la trata con fines de explotación sexual.

1.2 LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA O EXPAREJA

De todos los tipos reseñados, nos centraremos en la violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja, que es la más frecuente y está en la base del resto de las manifestaciones de género; es sobre la que existen más estudios e investigaciones, además de estar regulada específicamente por la legislación nacional. Hablamos de un tipo de violencia de género que arroja anualmente entre 50 y 60 muertes evitables entre las mujeres y 5 asesinatos de media entre sus hijos e hijas.

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en sus artículos 1.1 y 1.3, define la violencia de género como aquella que, «como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia»; «comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad».

Este tipo de violencia se utiliza por los maltratadores como una forma de controlar y dominar a la pareja o expareja, incluyendo a los hijos o hijas cuando forman parte de esa relación. Y lo hacen a diario (de forma cotidiana y habitual) por medio del ambiente de violencia, amenaza y coacción que imponen dichos maltratadores en sus hogares y no solo cuando golpean físicamente o cuando matan.

FORMAS MÁS FRECUENTES

Psicológica

«Conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional de la mujer, fundamentalmente contra su dignidad como persona». Follingstad et al, 1990.

Entre ellas: insultos, humillaciones o vejaciones, desprecios, amenazas (de muerte, de abandono, de agresión, de separación de sus hijos e hijas...),

exigencias de obediencia, acoso moral, control de movimientos, chantaje emocional, culpabilización, impedir tomar decisiones, impedir su desarrollo profesional, ridiculizar sus ideas y creencias. También incluye la violencia ambiental (contra objetos y animales domésticos), la violencia económica (control del dinero y los recursos para evitar la independencia de la mujer), el aislamiento de la familia y entorno (prohibirle que la visite, que la llame, control de amistades), así como el acoso a través de las redes sociales (mensajes insistentes, difundir imágenes degradantes).

También en el contexto de la violencia de género está incluida la violencia vicaria, aquella que tiene como objeto dañar a la mujer a través de sus seres queridos y especialmente de sus hijas e hijos.

En general, el objetivo de la violencia psicológica es limitar la autonomía de la mujer y, como consecuencia directa, la supresión de su autoestima. La violencia psicológica no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar y, en muchas ocasiones, no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Sin embargo, puede llegar a ser más incapacitante que la física y, al ser continuada en el tiempo, puede provocar desequilibrio emocional.

Física

«Cualquier conducta que implique el uso deliberado de la fuerza en el cuerpo de la mujer con intención de ocasionar lesión física, daño o dolor». Dutton, M. A., 1992

Estos comportamientos van desde puñetazos, patadas, bofetadas, empujones, quemaduras, mordeduras, estrangulamientos, heridas, traumatismos, hasta agresiones con armas, palizas, etc., que en algunos casos llegan a ocasionar la muerte. Es la forma más evidente de violencia y, sin embargo, a veces se niega por parte de la mujer (por miedo, vergüenza...).

Sexual

«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». OMS, 2022.

Puede adoptar las siguientes formas:

Violencia sexual que no implica contacto corporal: exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

Violencia sexual con contacto corporal: tocamientos, caricias, masturbación, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes. Violación:

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

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

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

Mutilación genital femenina.

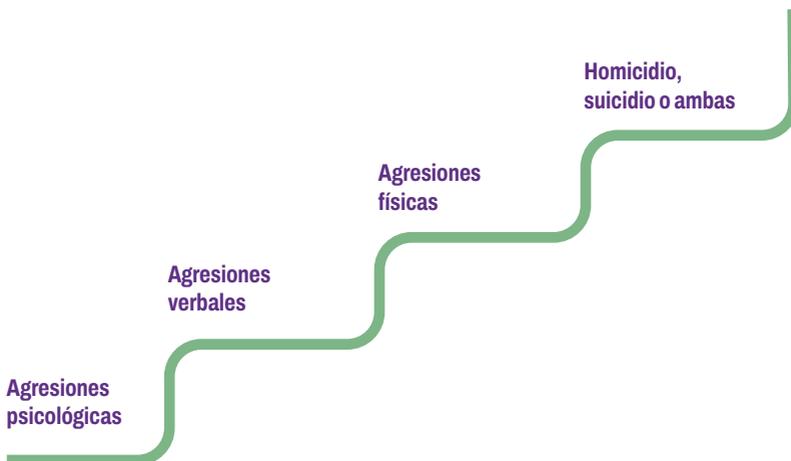
En cada una de ellas suelen coexistir múltiples formas que se refuerzan; así, la violencia física siempre tiene elementos de la psicológica, la psicológica a menudo va acompañada de amenazas de violencia física, y la sexual está impregnada de las dos anteriores.

1.3 PROCESO DE LA VIOLENCIA: ESCALADA Y CICLO

La violencia se desarrolla, generalmente, siguiendo unas pautas concretas.

Conocer y comprender lo que se ha denominado la escalada y el ciclo de la violencia, así como conocer la percepción que tiene la mujer acerca de lo que le está ocurriendo, es esencial para la prevención y erradicación de este problema.

LA ESCALADA DE LA VIOLENCIA



Fuente: Larouche, 1987

La *escalada de la violencia* se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se van incrementando con el tiempo.

La relación agresor-víctima comienza como una relación de pareja que se va haciendo cada vez más posesiva; el maltratador va estrechando cada vez más el círculo alrededor de ella (la aísla) y la violencia empieza de forma sutil. El agresor empieza generalmente con agresiones psicológicas y verbales, reduciendo con ello la confianza de la víctima en sí misma, denigra lo que es, lo que dice y lo que hace. Más adelante tratará de aislarla de su entorno e intimidarla con amenazas, empleando la violencia contra los objetos de la casa o dando puñetazos a las paredes. **A menudo esto representa la etapa anterior a la agresión física.**

Este aumento progresivo de la violencia **puede extenderse** a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, de manera que es difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. A menudo, solo con el paso del tiempo, la víctima constata que existe esta escalada. En esta medida, la primera agresión se ha olvidado, puesto que no ha sido identificada como el comienzo de una escalada, y, sin embargo, **puede llegar hasta a producirle la muerte. Es importante que la mujer sea consciente del peligro que corre y de la necesidad de protegerse a sí misma y a sus hijos/as, así como de su imposibilidad para controlar y corregir la conducta del agresor.**

Por tanto, pueden existir daños de violencia psicológica antes de que se produzca la primera agresión física. Además, al principio las reincidencias pueden producirse en un intervalo de tiempo más o menos largo, pero **irán haciéndose cada vez más cercanas en el tiempo, así como más brutales.**

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Paralelamente a la escalada se produce el *ciclo de la violencia*, que explica por qué resulta tan difícil para algunas mujeres defenderse de la violencia y alejarse del agresor una vez pasada la agresión. Refleja el modo en el que agresor y víctima se comportan dentro de cada una de las etapas del proceso violento, planteando la existencia de tres fases distintas (Walker, L., 1980).



Fase de tensión:

Se construye a partir de **pequeños conflictos cotidianos** y generalmente porque el agresor no ha visto cumplidas sus expectativas o deseos o porque no le satisface un hecho cotidiano. Ejemplos de estas situaciones pueden ser el que un plato de sopa no esté todo lo caliente que él considera o que el pantalón tiene una arruga que, sin notarse tanto, él magnifica... Cualquier motivo, por insignificante que sea, sirve para desencadenar **cambios de humor**, que se producen de forma brusca, inesperada y sin justificación. En esta fase se produce una **violencia psicológica —verbal—** y, a veces, lesiones leves. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree poder controlar. Con el paso del tiempo no son tan aislados ni controlables.

La duración de esta fase varía; mientras en una relación puede ir gestándose durante años, en otra puede aparecer a los pocos meses de iniciarse.

Fase de agresión:

Se caracteriza por la descarga de la tensión acumulada en la fase anterior, descarga que se manifiesta a través de cualquier tipo de agresión, tanto física como psíquica, verbal o sexual, de forma indiscriminada.

Una vez se produce la descarga de la tensión, la mujer queda aturdida y desorientada. Esta fase puede finalizar porque alguien (vecino/a, policía, familiar...) acude a las llamadas de socorro de la mujer o porque el agresor perciba, en ese instante, que sus actos pueden tener consecuencias negativas para él.

Por lo general, la mujer suele solicitar ayuda profesional, si bien no lo hace inmediatamente después de la agresión, salvo que necesite asistencia clínica por la gravedad de las lesiones o daños. La reacción más frecuente es permanecer aislada las primeras 24 horas antes de que decida buscar ayuda o ir a consulta médica, lo que hace que no siempre acuda a urgencias, sino que puede aparecer en consulta a demanda. Es importante, por tanto, que las y los profesionales estén vigilantes en las exploraciones.

Fase de calma, de luna de miel o reconciliación:

Fase utilizada por el agresor como refuerzo para mantenerse y retener a la mujer junto a él, aplicando **estrategias de manipulación afectiva** (regalos, promesas, actitudes cariñosas, disculpas...), y conseguir que no abandone la relación, argumentando un arrepentimiento que puede parecer sincero. La estrategia consiste en compensar a la víctima de manera que esta deseche la idea de tomar medidas de protección (denunciarle, abandonar el hogar...) y reforzar la dependencia emocional entre ambos.

La frecuencia con la que se repite este ciclo y la peligrosidad de las lesiones irán aumentando a medida que se avance en la escalada de la violencia.

La mujer que se ve inmersa en el ciclo de la violencia muchas veces necesita tiempo para comprenderlo. Paulatinamente se irá dando cuenta de que siempre ocurre igual, e incluso empeora. No obstante, a lo largo de este proceso la mujer sufrirá una **pérdida progresiva de autoestima y desconfiará de su capacidad para mejorar su situación**, con lo que, frecuentemente, su respuesta es de mayor sumisión hacia el agresor. Esta actitud no hace sino reforzar en él el convencimiento de que su estrategia es aceptable y que funciona.

Así pues, cuando una mujer víctima de violencia hace una petición de ayuda, ha dado varias vueltas al ciclo. Cada vez que cierra uno pierde confianza en sí misma. Por todo lo anterior, es esencial que **las víctimas reciban apoyos concretos y refuerzos en todas las ocasiones en las que, tras la fase de agresión, decidan dar pasos encaminados a mejorar su situación. Si esta ayuda no se produce, llegada la fase de calma será mucho más difícil movilizarla para que tome decisiones.** Cada vez que estas mujeres soliciten apoyo, deben percibir claramente que estaremos dispuestos/as a proporcionárselo, que respetaremos siempre sus decisiones y que no las culpabilizaremos por sus indecisiones.

La comprensión del ciclo de la violencia es muy importante incluso para la propia mujer, para saber cómo detener o prevenir los incidentes de agresión. Es importante ayudarla a comprender que la violencia continúa y que se irá incrementando la severidad de las lesiones y la posibilidad de muerte.

Aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente, no se observa en todos los casos. Hay otras formas de relación violenta donde se producen de forma continua situaciones de frustración y amenaza en las que solo de forma ocasional aparece la agresión física. Este tipo de violencia resulta ser muy efectiva, ya que consigue el sometimiento sin dejar huella, por lo que es más difícil de detectar y está más invisibilizada socialmente.

1.4 LAS HIJAS Y LOS HIJOS

La violencia que se ejerce contra las mujeres también afecta a las y los menores que integran el núcleo familiar. Las hijas e hijos criados en un ambiente de violencia sufren agresiones físicas y psíquicas. Padecen no solamente las que van dirigidas a ellas y ellos, sino también las agresiones que sufre la madre. Viven una situación de violencia diaria, continuada y constante, no solo los ataques puntuales que se conocen a través de los medios. Sin embargo, en demasiadas ocasiones se pone de manifiesto que no cuentan con la debida protección de las instituciones.

En el caso de las hijas e hijos de las mujeres víctimas de violencia de género, es importante ser conscientes que ellas y ellos también experimentan el proceso de la violencia en todas sus fases, tanto en las que la violencia está activa como en la etapa de luna de miel. Esto hace que, al igual que las mujeres, sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional, al no poder prever lo que va a ocurrir,

destruyendo sus expectativas de lo que se puede esperar de una relación afectiva. Esta inestabilidad en los vínculos parentales repercute en la **salud mental de niñas y niños**. Dentro de las secuelas que sufren se encuentran los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, depresión, agresividad, rabia, dificultades en el aprendizaje... Además, tienen una mayor mortalidad: 5 años menos de expectativa de vida, según el Informe Mundial OMS 2002.

Recientemente, el Convenio del Consejo de Europa, Convenio de Estambul, reconocía que las niñas y los niños son víctimas de violencia, incluso como testigos de ella dentro de la familia.

Esto produjo diferentes cambios legislativos en España. El último avance ha sido la aprobación de la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**. En ella se contemplan todos los tipos de violencia que pueden sufrir estos colectivos, incluida la violencia de género.

Por ello, ante una situación de violencia de género, si la mujer tiene hijas e hijos, es necesario tener presente que requieren de una especial atención por parte del personal de **pediatría, que desempeña un papel de gran relevancia en la detección precoz de casos**, así como la coordinación con las y los profesionales de **trabajo social** dentro del equipo.

1.5 MUJERES EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Todas las mujeres que sufren violencia, por el hecho de sufrirla, son vulnerables, pero algunas pueden serlo doblemente, ya que existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o a la prostitución; etapas vitales como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o las adicciones, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y, en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género, y dificultan la salida de la misma. Por tanto, estas mujeres son susceptibles de encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad y requieren de una especial atención por parte del personal sanitario.

Algunas de esas situaciones son:

EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

El embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y riesgo. En muchas ocasiones, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Un porcentaje importante de malos tratos se inician en este periodo, incluida la violencia física y sexual.

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

El puerperio es otro momento vital de riesgo para sufrir violencia debido a los cambios de roles que implica ser padres y madres.

Es importante estar en continua alerta ante síntomas y signos específicos de violencia. En nuestra asistencia sanitaria el contacto continuado de la matrona con las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio ofrece una oportunidad esencial para identificar la violencia de género y contar con el resto de profesionales del equipo (medicina, trabajo social...), ya que el trabajo coordinado es imprescindible para garantizar una buena atención.

Cualquier contacto que se establezca entre mujer y profesional es una oportunidad para detectar y/o preguntar por este problema de salud (consultas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, ingresos, urgencias, paritorio, neonatología, pediatría, etc.).

ADOLESCENTES Y JÓVENES

El inicio cada vez más precoz de las relaciones, el uso de redes sociales y el ámbito educativo son elementos determinantes en la violencia de género entre la población adolescente, apunta Adelaida Álvarez. La experta considera claro que «independientemente de la edad, este tipo de violencia existe y afecta a la salud».

El noviazgo se puede convertir en una relación de poder, dominio y control, porque una de las características de la violencia durante la adolescencia es confundir el control con el amor, sobrevalorando el amor romántico.

En esta época de la digitalización y la información, sobre todo entre las y los adolescentes se han desarrollado nuevas formas de agredir a sus respectivas compañeras o excompañeras sentimentales a través del uso y manejo de las redes sociales y otras vías de comunicación.

En las menores de edad resulta crucial la intervención, dado que se sitúa en el marco de los derechos de la infancia, en el que las instituciones y los y las profesionales implicados actúan como garantes de su visibilización social, de su condición de titulares de derechos, del buen trato a la infancia y de su incorporación en la participación en la toma de decisiones.

MUJERES MAYORES

Las mujeres mayores se ven particularmente afectadas por la asunción de los roles de género tradicionales, lo que dificulta la visibilización de las situaciones de maltrato, no solo para ellas, sino para las y los profesionales y la sociedad en su conjunto.

Son mujeres que pueden haber estado sufriendo maltrato durante muchos años, aun sin ser conscientes de ello, y han desarrollado sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia que les impiden plantearse alternativas a su situación. En la etapa de la jubilación, el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres tratan de tener un mayor control sobre el tiempo, las actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarlos y atenderlos.

La dependencia económica y de vivienda, ingresos escasos, un mayor aislamiento social, la posible enfermedad propia o de la pareja, no contar con apoyo de hijos o hijas, son factores que inciden en que no tomen, o retrasen, la decisión de abandonar la situación de violencia.

MUJERES EN EL MEDIO RURAL

Vivir en el medio rural añade otros impedimentos, tanto para la detección de la violencia de género como para la intervención con las mujeres que la sufren; cabe citar:

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

MIGRACIÓN

Las mujeres migrantes, muchas en situación administrativa irregular, no denuncian el maltrato por miedo a ser expulsadas del país, por lo que es muy importante conocer sus derechos y su situación de residencia para poder ayudarlas y derivarlas a los servicios adecuados.

Se han identificado como factores que contribuyen a una mayor vulnerabilidad a la violencia de género los siguientes aspectos:

- Situaciones de ruptura y cambios en las estructuras familiares.
- Ausencia de redes de apoyo familiar.
- Aislamiento y falta de redes sociales y afectivas.
- Precariedad de sus condiciones de vida tanto económica como laboral.
- Procedimiento de reagrupación familiar que les dificulta separarse del agresor y quedarse en España.
- Desconocimiento de derechos, recursos y normativa.
- Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas.

La inseguridad de su situación personal, situaciones administrativas irregulares y el

miedo a ser expulsadas del país, el desconocimiento de sus derechos y recursos, la mayor dificultad de acceso al sistema sanitario y a los servicios sociales, la falta de redes, la dependencia económica del agresor o las barreras lingüísticas son algunos de los factores sociales añadidos que inciden en la dificultad para escapar de la violencia.

Las ideas y prácticas que desarrollen estas mujeres dependerán de los significados de la salud en sus países de origen, donde la cultura o religión puede influir en la práctica del cuidado. En algunos colectivos de migrantes hay que tener presente la mutilación genital femenina como una forma terrible de violencia contra las mujeres.

ADICCIONES

Los estudios de prevalencia realizados a partir de una gran variedad de fuentes (encuestas nacionales, con muestras de la comunidad o de grupos específicos de población) han establecido de manera sólida la coexistencia del consumo de drogas y la violencia de género.

Las mujeres con adicciones padecen una doble victimización, por ser mujeres y por ser adictas. Se ven envueltas en el círculo de la violencia y la adicción. Por un lado, las mujeres adictas están más expuestas a la violencia física y sexual, y, por otro, la violencia de género aboca a la adicción.

Diversos estudios señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia de pareja con una incidencia tres veces superior a la población general. Por todo ello, desde 2020 se ha puesto en funcionamiento desde la Dirección General de Salud Pública el *Protocolo de actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias*.

DISCAPACIDAD

La mayor vulnerabilidad de las mujeres con alguna **discapacidad física, sensorial o psicológica** es debida, además de a ser mujeres, a una mayor desigualdad de partida por dicha discapacidad. Esto se refleja en la elevada dependencia económica y la falta de empleo, más probabilidad de tener redes sociales empobrecidas o de depender de cuidados de terceras personas.

Estas mujeres, según los estudios, tienen un riesgo de 2 a 5 veces superior de sufrir violencia en comparación con las mujeres en general.

Entre los factores de especial vulnerabilidad ante la violencia de pareja (física, sexual y psicológica), hay que destacar los siguientes:

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

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

EXCLUSIÓN SOCIAL

La feminización de la pobreza conduce a las mujeres a múltiples situaciones de exclusión, pero habitualmente no es solo uno sino varios los factores de desventaja social acumulados que confluyen y contribuyen a una mayor vulnerabilidad a sufrir violencia de género y a ampliar las dificultades para salir de ella.

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

MUJERES CON VIH

Tener infección por el VIH puede ser un factor de riesgo ante la violencia de género. Se ha demostrado que las mujeres con infección por el VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales, tras comunicar su estado serológico a sus parejas. Aunque distintos estudios indican que los índices de violencia que sufren estas mujeres son similares a los que sufren las que no están infectadas, su intensidad y gravedad parecen ser más severas para las primeras.

Por otro lado, en las mujeres que se encuentran en una relación abusiva, aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, por miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, por temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras y por la propia coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas.

MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

En muchas de las mujeres que están en situación de prostitución confluyen múltiples factores de vulnerabilidad que, sumados a la explotación sexual, pueden agravar o invisibilizar la violencia machista que pueden sufrir por parte de sus parejas o ex parejas.

En Canarias, una gran mayoría de mujeres en situación de prostitución proceden de países empobrecidos. En ocasiones, ya llegan huyendo de situaciones de violencia en su país de origen.

Algunas mujeres en situación de prostitución acaban consumiendo drogas para sobrellevar la situación y esto también se suma a los factores de vulnerabilidad. Además, el estilo de vida a veces asociado a hábitos de salud poco saludables, los problemas de salud derivados de la propia situación, la falta de redes de apoyo, las dificultades de acceso al sistema sanitario, el desconocimiento de los recursos y las propias exigencias de los contextos prostitucionales, hacen que las situaciones de violencia de género en mujeres en situación de prostitución sean más complejas de detectar y abordar. Por esta razón, las mujeres en situación de prostitución deben considerarse de especial vulnerabilidad y debemos esforzarnos para darles un trato de equidad.

1.6 MAGNITUD

La **Organización Mundial de la Salud**, en su informe de junio de 2013, declaró que «**la violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas**». En dicho informe se pone de manifiesto que una de cada tres mujeres en el mundo sufre agresiones físicas o sexuales por parte de sus parejas o exparejas.

En la **Unión Europea**, según el informe de la **Agencia de Derechos Fundamentales (FRA, 2014)**, el 20 % de las mujeres ha sufrido violencia física, el 43 %, violencia psicológica, el 7 %, violencia sexual en una relación de pareja y el 6 %, violencia sexual fuera de la relación de pareja. Un 55 % ha sufrido acoso sexual. Una de cada diez mujeres ha sufrido alguna forma de violencia sexual desde los 15 años de edad y una de cada veinte ha sido violada después de los 15 años.

En España, la última **Macroencuesta de violencia contra la mujer**, realizada en **2019**, recoge que del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 32,4 % ha sufrido al menos un tipo de violencia de la pareja actual o de parejas pasadas en algún momento de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 6.605.825 mujeres de 16 o más años han sufrido violencia de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida. Cada año 1.374.175 mujeres sufren violencia física o sexual de alguna pareja o expareja y 2.164.006, violencia psicológica (emocional, de control y miedo). En cuanto a la violencia psicológica de control, son las mujeres jóvenes de entre 18 y 24 años las que la sufren en mayor medida:

el 17,1 % de las que tienen pareja en la actualidad. Y el 96 % de las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual manifiestan haber sufrido también algún tipo de violencia psicológica.

La **macroencuesta** señala también las siguientes tasas de prevalencia en mujeres de 16 y más años: 11 % de violencia física, 8,9 % de violencia sexual y 23,2 % de violencia psicológica.

Por otro lado, de los datos que ofrece la encuesta se infiere que 1.678.959 niños y niñas están siendo maltratados/as dentro de la violencia de género, lo que supone alrededor de un 20 % de la infancia española. El 54,1 % de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual y psicológica de cualquier pareja, actual o pasada, y tenían hijos/as en el momento en que tuvo lugar la violencia, afirman que sus hijos e hijas presenciaron o escucharon los episodios de violencia.

Además, el **Informe de Naciones Unidas sobre homicidios** (UNODC 2019) recoge que cada año son asesinadas unas 87.000 mujeres. De estas, el 58 % (50.000) fueron asesinadas por sus parejas u otros familiares, lo cual significa que cada día 137 mujeres son asesinadas en este contexto. El 34 % (30.000) fueron asesinadas por sus parejas o exparejas, es decir, 82 mujeres al día.

Según el estudio ***Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años, 928 mujeres fueron asesinadas por violencia de género durante el periodo 2003-2017***. Las comunidades autónomas con mayores tasas de asesinatos por millón de mujeres de 15 o más años son Melilla, con 9 asesinatos anuales, las islas Baleares, con 4 asesinatos, y las **islas Canarias, con 3,7 asesinatos anuales por millón de mujeres** en ese periodo de estudio.

1.7 CONSECUENCIAS EN LA SALUD

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y/o social de las mujeres y de la de sus hijos/as que persisten incluso después de que la situación haya terminado. La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

Ya en 1996 la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia de género como un grave problema de salud pública en todo el mundo: «Factor crucial en el deterioro de la salud de la mujer, tanto por su magnitud como por sus consecuencias». E insta a los estados miembros a «evaluar la dimensión del problema en cada territorio y comunicar la información de que dispongan sobre este problema y emprendan actividades de salud pública para abordar el tema de la violencia» (Resolución 49.25).

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

CONSECUENCIAS FATALES	CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA	CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS
<p>Muerte (homicidio, suicidio, etcétera).</p>	<p>Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden producir discapacidades. Deterioro funcional. Síntomas físicos inespecíficos (p. ej., cefaleas).</p>	<p>Dolor crónico. Síndrome del intestino irritable. Otros trastornos gastrointestinales. Trastornos del sueño. Discapacidades.</p>
CONSECUENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA	CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL
<p>Por relaciones sexuales forzadas: Pérdida del deseo sexual. Trastornos menstruales. ITS, incluido VIH. Sangrado y fibrosis vaginal. Dispareunia. Dolor pélvico crónico. Infección urinaria. Cáncer de cérvix. Embarazo no deseado.</p> <p>Por maltrato durante el embarazo: Embarazo de alto riesgo. Mayor mortalidad materna. Anemia. Hemorragia vaginal. Amenaza de aborto. Aborto. Muerte fetal. Parto prematuro. Bajo peso al nacer. Mayor mortalidad perinatal.</p>	<p>Depresión. Ansiedad. Trastornos por estrés postraumático. Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). Trastornos psicopatológicos. Intento de suicidio, autolesiones. Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos. Dependencia psicológica del agresor (síndrome de Estocolmo).</p>	<p>Aislamiento social. Pérdida de empleo. Absentismo laboral. Disminución del número de días de vida saludable. Cambio de domicilio y/o de ciudad forzado por la necesidad de protegerse.</p>

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJAS E HIJOS

Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, su nivel de desarrollo, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos. Las alteraciones detectadas afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social, y pueden tener efectos a corto, medio y largo plazo.

CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

CONSECUENCIAS FATALES

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

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

Daños y lesiones.

Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos.

Alteraciones del sueño y la alimentación.

Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL

Ansiedad, depresión, baja autoestima.

Trastornos de estrés postraumático.

Déficit de atención y concentración, hiperactividad.

Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.

Problemas de conducta social: adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.

Comportamientos de riesgo.

Inhibición y aislamiento.

Adicciones.

Parentalización: asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.

Trastornos psicopatológicos.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL

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

Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.

Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones.

Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DEL PERSONAL SANITARIO

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

1.8 LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

EL PAPEL DEL PERSONAL SANITARIO

La importancia de este grave problema de salud pública hace necesario que las y los profesionales se comprometan en la detección de casos, ya que presenta una alta prevalencia, una incidencia mal conocida y un carácter repetitivo. Además, por las graves repercusiones que tiene en la salud de las mujeres y sus familias descritas anteriormente, por los años de vida perdidos, la mortalidad evitable y el elevado coste sanitario y social.

Hay que recordar que no todas las víctimas denuncian su caso, sin embargo, TODAS ven mermada su salud y, en muchas ocasiones, no son conscientes de ello.

La mayoría de las mujeres acuden al sistema sanitario en algún momento de su vida, y, dado que los malos tratos afectan a la salud, acuden más frecuentemente y en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Las y los profesionales sanitarios tienen la posibilidad de establecer un contacto con las mujeres maltratadas, contacto que además se hace en el ámbito de una relación caracterizada por la confianza y la confidencialidad. Se debe intervenir activamente en este problema de salud, siendo en muchas ocasiones el único recurso al que la mujer víctima de la violencia acude. Se deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente, por lo hay que prestar atención a **signos y síntomas, investigar, preguntar a las mujeres de forma rutinaria.**

Especialmente la Atención Primaria tiene unas características inherentes que la convierten en el lugar adecuado para la detección precoz y el abordaje de la violencia de género, como son:

- La accesibilidad.
- La continuidad en la atención.
- El conocimiento del contexto familiar.
- Las múltiples posibilidades de contacto.
- La atención integral que se presta.
- El trabajo en equipos interdisciplinarios.
- Las relaciones de confianza que a menudo existen entre profesionales y pacientes.

Este tipo de violencia requiere la implicación activa de todo el personal de Atención Primaria, ya que cuenta con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, matronas, etc.) que colaboran en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas que presentan las mujeres interviniendo desde un Modelo de Atención Integral a la Salud (biopsicosocial).

Principalmente medicina y enfermería de Atención Primaria juegan un papel fundamental por su gran accesibilidad y contacto frecuente con la mujer a lo largo del ciclo vital, pudiendo detectar precozmente la violencia de género y conseguir que tanto las consecuencias físicas como psicológicas sean menores. Además, la enfermería abarca la atención a todas las personas, enfermas o no, que incluye un papel muy destacado en las actividades de prevención de la enfermedad y mantenimiento y recuperación de la salud.

Es importante mencionar el papel relevante de las y los profesionales de pediatría en la detección e intervención con los hijos e hijas de mujeres que viven situaciones de maltrato por parte de sus parejas o exparejas, ya que ellos y ellas también son víctimas, contando con el apoyo del Equipo de Atención Primaria.

Asimismo, las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo-puerperio se convierten en momentos privilegiados para la detección y la prevención de la violencia de género. El seguimiento del embarazo posibilita el contacto y la relación frecuente con las mujeres, por lo que las matronas y el personal de enfermería pueden observar cualquier signo de alarma que la mujer presente, no debiendo dudar en indagar acerca de tal situación, y coordinarse con el resto de profesionales del Equipo de Atención Primaria.

En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. Por todo ello, es de gran relevancia el papel de las y los trabajadores sociales de los centros de salud, entre cuyas tareas se encuentra la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema

sanitario, así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas e hijos.

También es necesario tener siempre en cuenta a las mujeres en situación de especial vulnerabilidad descritas con anterioridad. Esto implica la necesidad de una mirada amplia que contemple todos los determinantes que inciden en cada caso concreto.

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

Actuar contribuye, además de a poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño..., pero es importante señalar que el solo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta (de enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matrona, etc.) es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa.

FUNCIONES GENERALES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El sector de la salud puede tener un papel decisivo en la prevención de la violencia contra las mujeres, por un lado, contribuyendo a la detección temprana y, por otro lado, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivándolas a los servicios idóneos donde puedan recibir la atención e información que necesiten en cada caso.

Según la **OMS**, las **funciones mínimas** a desarrollar son las siguientes:

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

1.9 OBSTÁCULOS PARA IDENTIFICAR Y/O INTERVENIR EN VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género está rodeada de mitos, estereotipos y prejuicios sobre los hombres que la ejercen, sobre las mujeres que la sufren y sobre el proceso en sí mismo.

Estos mitos restan responsabilidad a los hombres, culpabilizan a las mujeres y predisponen negativamente a las y los profesionales ante las mujeres que la sufren e impiden actuar de forma efectiva. Es necesario rechazarlos, cuestionarlos o desmontarlos para que la violencia de género, en cualquiera de sus formas, no se perpetúe.

Existen obstáculos tanto por parte del personal sanitario como por parte de las mujeres que impiden la identificación de la violencia de género, su reconocimiento y, consecuentemente, las intervenciones o actuaciones a emprender. A continuación, se analizan cada uno de ellos.

1. OBSTÁCULOS QUE IMPIDEN A LAS MUJERES RECONOCERSE COMO VÍCTIMAS Y PEDIR AYUDA

- Miedo, por haber sufrido amenazas contra ella o sus hijos/as. Por las represalias o el aumento de la violencia si dice algo o denuncia.
- Vergüenza, por creer que ha fracasado en su proyecto de pareja, por no ser capaz de dejarle, porque se la reconozca como mujer maltratada.
- Distorsión/minimización, no es consciente de la gravedad o peligrosidad de su situación; quita importancia («estoy exagerando, no es para preocuparse tanto...»), «estoy segura de que nunca me mataría, aunque lo diga», «a los niños no sería capaz de hacerles daño...».
- Justifica, comprende y disculpa a su agresor: «perdió los nervios», «está pasando una mala racha», «en el fondo me quiere...».
- Baja autoestima, culpabilización o resistencia a reconocer lo que está pasando.
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar.
- Dependencia económica, carencia de vivienda.
- Encontrarse en situación de especial vulnerabilidad (ver página 26).
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también; además, la necesidad de cuidar, ser buenas madres, mantener unida a la familia como mandatos del ideal femenino).
- Están acostumbradas a ocultarlo.
- El trauma físico y psíquico las mantiene paralizadas, confusas, desconcertadas, anuladas.
- Desconfianza en las instituciones.
- Inexistencia de recursos públicos para la conciliación de la vida familiar y laboral.

2. OBSTÁCULOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO PARA PREGUNTAR DE FORMA RUTINARIA

- Falsas creencias y estereotipos. El personal sanitario también participa de ellos, ya que están inmersas/os en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad: «Entre mis pacientes no hay casos de violencia de pareja». «Es un asunto privado de la paciente, las y los profesionales de la salud no pueden hacer nada para solucionar su problema». «Este hombre no responde al “perfil del maltratador”, un hombre así es incapaz de maltratar a su pareja».
- No considerar la violencia como un problema de salud ni introducirlo, en la práctica habitual, como un diagnóstico diferencial más.
- Experiencias personales respecto a la violencia.
- Sensación de impotencia y/o frustración.
- No comprender por qué la víctima no abandona a su agresor.
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, temer por la seguridad de la mujer o por la propia integridad.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones por falta de formación específica y entrenamiento.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).

3. OBSTÁCULOS EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- Escasez de tiempo disponible por paciente.
- Falta de privacidad e intimidad, sobre todo en urgencias y algunas consultas.
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo, el idioma en el caso de mujeres migrantes...).
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.

4. OBSTÁCULOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- Ausencia de trabajo en equipo.
- Deficiente formación en violencia de género.
- Inexistencia de espacios y tiempo para la supervisión profesional, el autocuidado y el estudio de casos.

1. 10 SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

Hay que reconocer que el abordaje preventivo de la violencia es una cuestión compleja, con intervención en el ámbito individual, familiar y comunitario. Y en los tres incide el sistema sanitario, pero no solamente este sistema; el sistema educativo, los medios de comunicación, el sistema judicial y la sociedad en su conjunto deberán implicarse, comprometerse y trabajar de forma coordinada para conseguir cambiar hacia un modelo de sociedad más igualitario. Existen plataformas/ONG de carácter social donde diferentes colectivos ya trabajan de forma coordinada por la igualdad. Será necesario que el sistema sanitario participe en estas instancias con una doble actitud: reconocer lo que otros pueden enseñarnos para trasladarlo a nuestro ámbito sanitario y, por otra parte, aportar lo específico de nuestro saber a las diferentes instituciones y al tejido social para impulsar ese cambio necesario.

Pero es evidente que el sistema sanitario, además de colaborar con otros sectores e instituciones, tiene su propio e importante papel en la prevención de la violencia de género, que se articula a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y la formación de profesionales y de la atención a la salud integral de las mujeres, lo que incluye actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud. Las actividades de sensibilización-prevención se plantean a tres niveles:

EN EL ÁREA PROFESIONAL

Aumentar la sensibilización y formación del personal sanitario frente a este problema favorecerá la prevención y la detección precoz, disminuirá la incertidumbre e impotencia ante el abordaje y conducirá a unos planes de intervención más eficaces.

Para favorecer esta sensibilización-formación se proponen las siguientes actividades a realizar de forma periódica en las Gerencias de Atención Primaria y de Servicios Sanitarios:

- Inclusión en la formación MIR, EIR y en la formación continuada de la influencia del género como determinante de la salud, la importancia del abordaje biopsicosocial de la salud y la prevención y detección precoz de la violencia contra las mujeres, insistiendo en las situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales.
- Realización de sesiones con profesionales y/o con otras instituciones.
- Debate e intercambio de información entre profesionales, ya que favorecerá la mejora en las intervenciones.

EN LA ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES

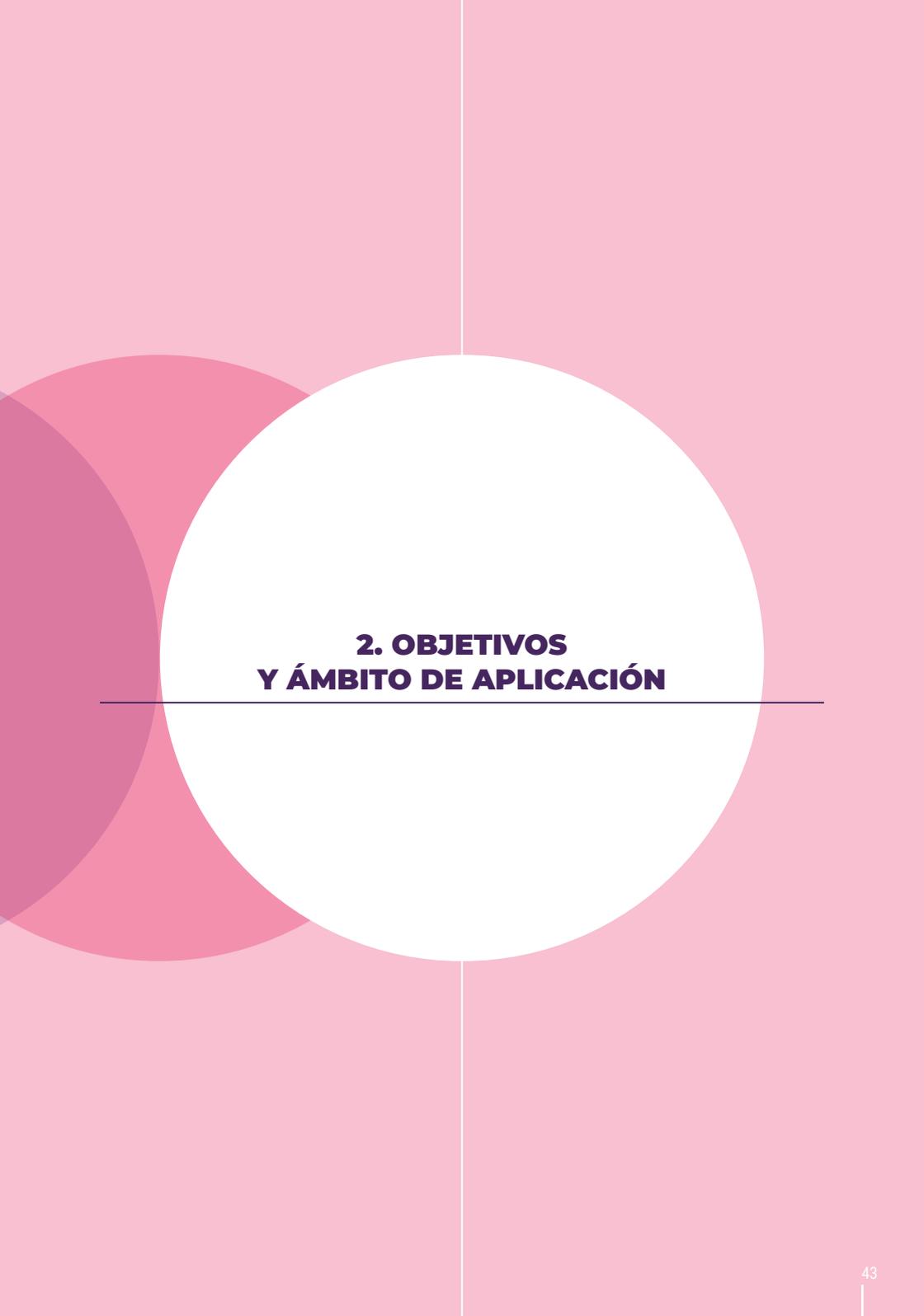
- Información, colocando carteles que indiquen que la violencia es un problema de salud.

- Fomento, a través de la relación con la paciente, de actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal y el ejercicio de sus derechos.

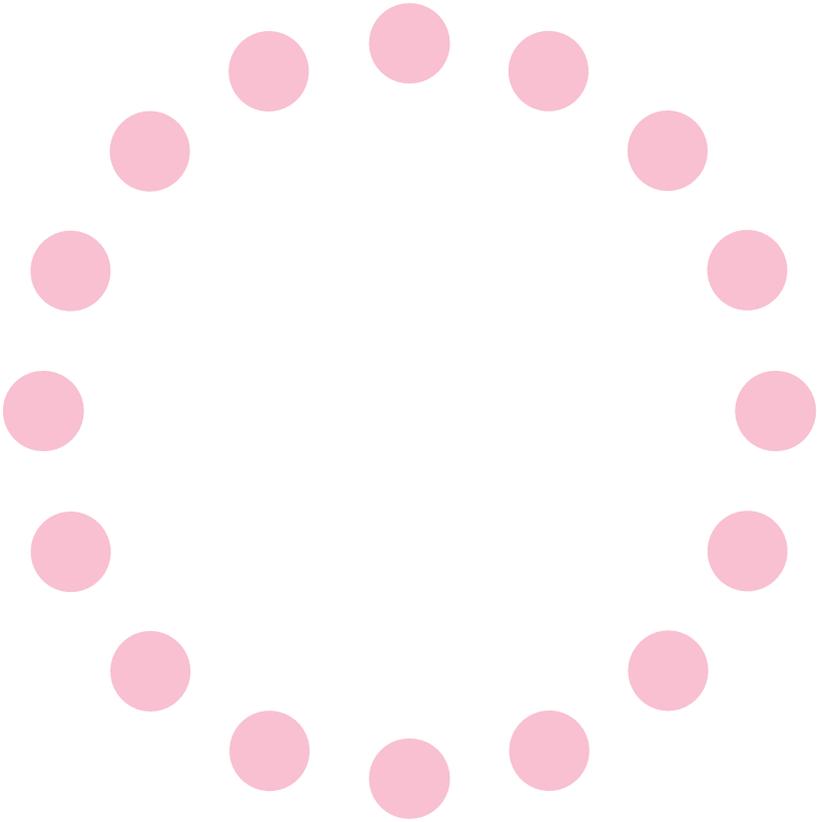
EN EL TRABAJO EN LA COMUNIDAD

En el ámbito comunitario se puede intervenir tanto a través de los grupos de Educación para la Salud generados en los propios centros como colaborando en iniciativas de otras entidades sociales y/o institucionales.

- Inclusión de la prevención de la violencia en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de preparación para la maternidad y la paternidad.
- Colaboración con asociaciones comunitarias en talleres y jornadas sobre la repercusión de la violencia de género en la salud de las mujeres.
- Propuestas de actividades, campañas, etc., sobre la prevención de la violencia de género organizadas por los propios centros sanitarios u otras instituciones y organizaciones sociales.
- Colaboración con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.

The page features a light pink background with a vertical white line running down the center. On the left side, there are two overlapping circles: a larger, semi-transparent light pink one and a smaller, semi-transparent darker pink one. A large white circle is positioned in the center, overlapping the vertical line and the light pink circle. A horizontal black line passes through the center of the white circle, intersecting the vertical line.

2. OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN



OBJETIVO GENERAL:

Establecer pautas de actuación normalizadas y homogéneas para las y los profesionales con el fin de favorecer la detección precoz, la valoración y la intervención en las mujeres en situación de violencia de género ejercida por la pareja o expareja.

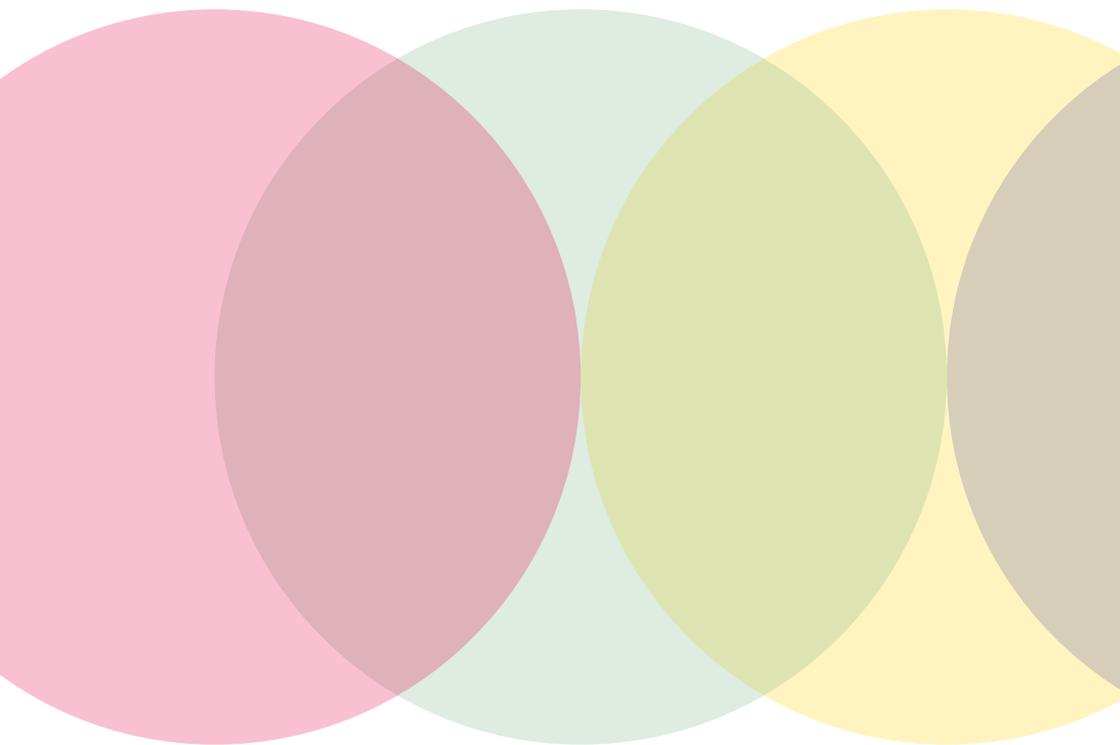
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

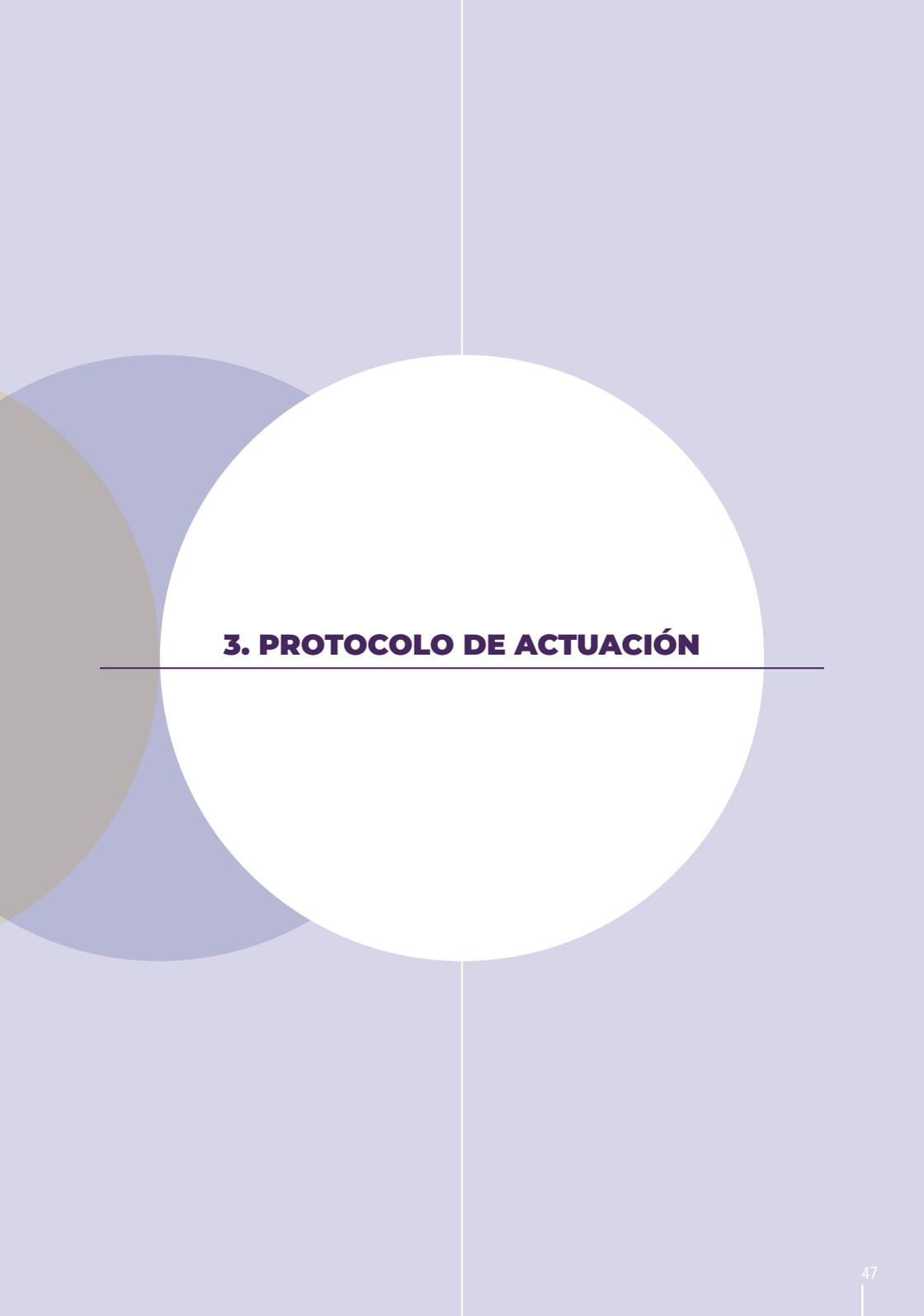
1. Sensibilizar acerca de la magnitud, gravedad e impacto en la salud de la violencia de género.
2. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y sus consecuencias en la salud.
3. Actualizar el conocimiento, basado en la experiencia y la evidencia científica, de las herramientas para realizar una detección precoz de violencia de género por la pareja o expareja.
4. Establecer las valoraciones e intervenciones a realizar en las distintas situaciones de violencia de género detectadas.
5. Mejorar los circuitos de colaboración, coordinación y derivación entre los y las profesionales de los diferentes ámbitos de atención sanitaria y con los recursos especializados comunitarios.
6. Favorecer el registro en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de las situaciones de violencia de género.
7. Conocer los aspectos éticos y legales de la violencia de género y la importancia del parte de lesiones.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

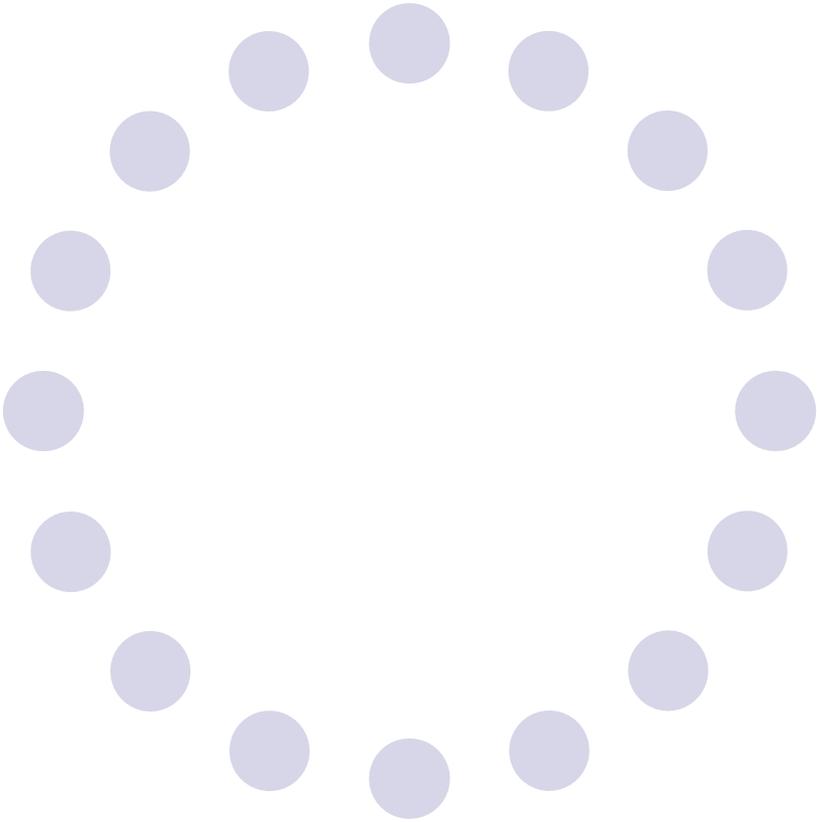
Este protocolo es de aplicación para la violencia de género producida por la pareja o expareja, al ser la violencia más frecuente y al mismo tiempo la más invisibilizada y estar regulada específicamente en la legislación española. Otros tipos de violencia contra las mujeres reconocidos en el Convenio del Consejo de Europa (Convenio de Estambul) se desarrollarán en otros documentos.

Está dirigido a todas las mujeres de 15 y más años de la Comunidad Autónoma de Canarias.



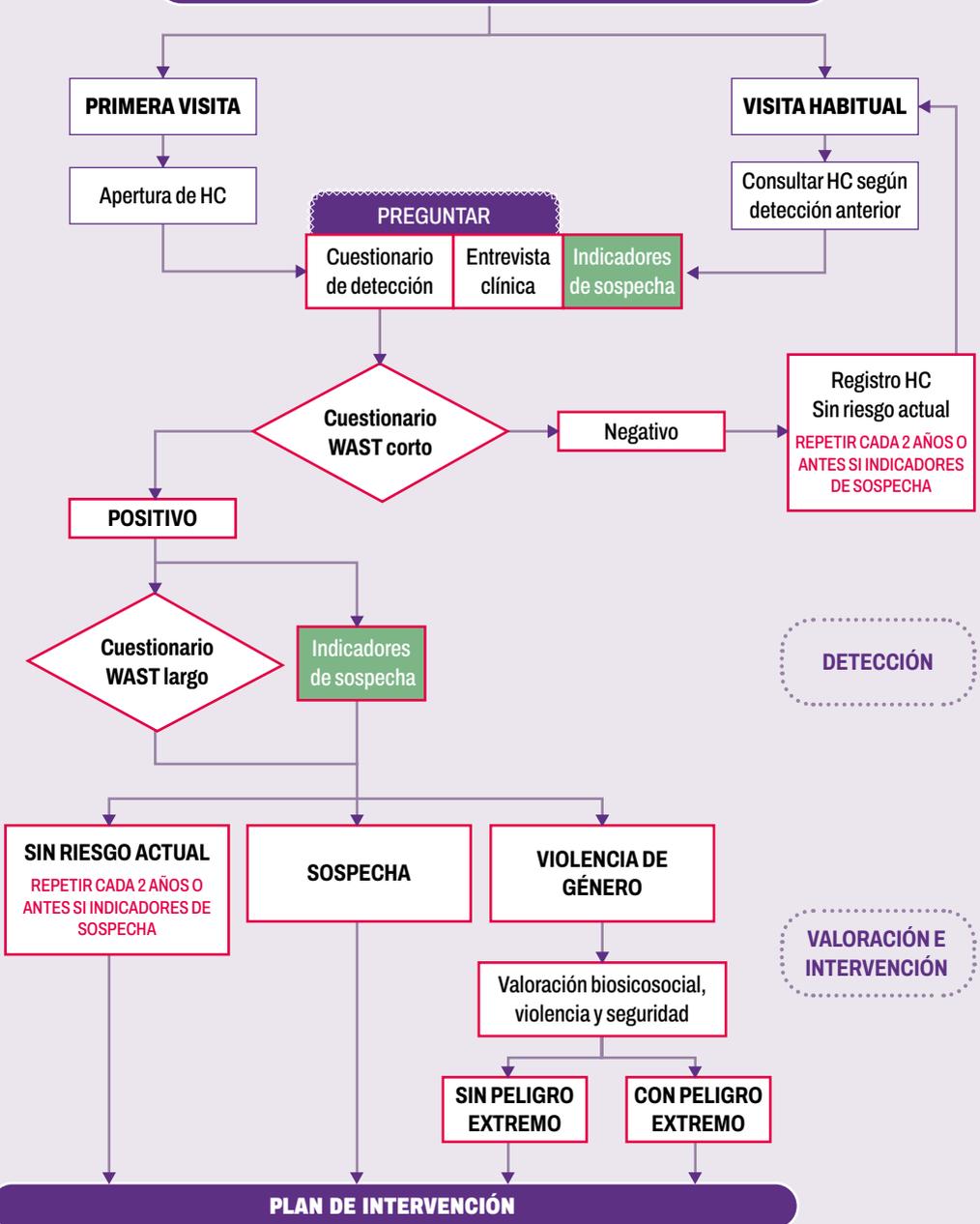
The page features a light purple background with a vertical white line running down the center. On the left side, there are two overlapping circles: a larger light purple one and a smaller brown one. A large white circle is positioned in the center, overlapping the purple circle on the left. A horizontal black line passes through the white circle, intersecting the text.

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



3.1 ALGORITMO GENERAL DE DETECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

MUJER QUE ACUDE A CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA ≥15 AÑOS



3.2 DETECCIÓN

La detección temprana desde los servicios sanitarios es crucial y prioritaria para dar una atención lo más precoz posible. La infradetección es una realidad y una preocupación institucional, puesto que tan solo se reconoce un porcentaje de casos muy inferior al existente y muchos de ellos son detectados con una importante demora. Es frecuente que las mujeres acudan a consulta incluso con lesiones físicas y no adviertan sobre la violencia que están padeciendo. En un estudio de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género se pone de manifiesto que el tiempo medio que tardan las mujeres en contar su situación y buscar ayuda es de 8 años y 8 meses, y en Canarias este tiempo es de 11 años y 9 meses, por lo que la salud se ha ido deteriorando.

La Atención Primaria, por sus características intrínsecas, tiene un papel estratégico y relevante en la detección precoz de la violencia de género y en la intervención temprana. Las y los profesionales sanitarios y de trabajo social deben PREGUNTAR a todas las mujeres por este problema de salud de forma rutinaria y estar alerta ante posibles signos o síntomas que puedan hacer sospechar la existencia de violencia.

Algunas de las razones para incorporar la pregunta rutinaria son:

- Alta prevalencia de la violencia de género. Tiene lugar con una frecuencia elevada y es más común que otros problemas de salud para los que existen actividades de detección ya establecidas.
- Graves consecuencias para la salud física y psíquica no solo de la mujer, sino de sus hijos e hijas.
- Bajo diagnóstico.
- Las mujeres no acuden a las consultas por estar sufriendo violencia de género. No existe un perfil de víctima, le puede pasar a cualquier mujer.
- Dificultad para detectar el maltrato psicológico, y en ocasiones el físico, si no se pregunta directamente. Investigar sobre maltrato solo cuando existen signos obvios de violencia no es suficiente.
- Buena aceptabilidad por parte de las mujeres. El hecho de preguntar en las consultas sobre la violencia de género supone un reconocimiento de que es un problema de salud y abrimos las puertas a que puedan consultar sobre ella.
- Factibilidad y capacidad de respuesta. Se trata de una intervención breve y, al igual que en otros procesos de salud, se puede tener establecida la intervención y los recursos a activar.

«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.

La magnitud de la violencia y el impacto que provoca en la salud de las mujeres y en la de sus hijas e hijos justifica la necesidad de incorporar herramientas sencillas que puedan usarse de forma rutinaria en las consultas para facilitar la detección precoz de casos que podrían haber pasado desapercibidos y que llegarían a ser detectados tarde, cuando el riesgo fuera extremo y su salud estuviera más deteriorada.

El algoritmo plantea que a todas las mujeres se les pregunte, como sobre cualquier otro problema de salud, de forma natural, en un clima de respeto, escucha atenta y reflexiva y buscando el momento adecuado, bien en la apertura de la historia o en consulta habitual si no se ha preguntado antes. Para ello se puede utilizar el cuestionario WAST (Women Abuse Screening Tool) validado o la entrevista clínica. Para la entrevista se dispone de una serie de preguntas tanto generales como ante sospecha, apoyadas en los indicadores de sospecha que se hayan detectado.

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN WAST

El cuestionario WAST es una herramienta de cribado y diagnóstico que está diseñada para que cualquier profesional realice la detección de un caso. Pretende sistematizar la intervención y ofrecer un esquema sencillo de actuación, sobre todo cuando los y las profesionales disponen de poco tiempo o les cuesta iniciar la entrevista clínica diagnóstica.

Este cuestionario, con larga trayectoria y validado, ha demostrado en diversos estudios que permite mejorar la tasa de detección en Atención Primaria de la violencia hacia la mujer en la pareja. Se compone de preguntas ágiles, sencillas, concretas y directas que facilitan la identificación de posibles casos de violencia de género.

Consta de dos bloques, denominados *Cuestionario WAST corto* y *Cuestionario WAST largo*, con ocho preguntas en total.

Cuestionario WAST corto:

- Aplicable a las mujeres con pareja actual.
- Consta de dos preguntas iniciales con tres posibles respuestas. Las preguntas se puntúan de 1 a 3.
- Hace un cribado entre quienes pueden estar sufriendo violencia de género (puntuación ≥ 3 puntos) y entre quienes no la sufren (puntuación 2 puntos). Si el WAST corto es positivo ≥ 3 , se tiene que confirmar el caso con el WAST largo.
- Se realizará:
 - A la apertura de la Historia Clínica.
 - En consulta habitual, si en su Historia Clínica no hay constancia de haberle preguntado con anterioridad durante los últimos dos años.
- Es recomendable, antes de hacer las dos preguntas, explicar a la mujer por qué las hacemos (se ha puesto como ejemplo, en la tabla del WAST corto, una forma de contextualizar).

Contextualizar:

«Los malos tratos son un problema muy frecuente que afecta a la salud. Por ello estamos preguntando a todas las mujeres por esta posibilidad, a fin de poder prestarles ayuda si están en esta situación».

Questionario WAST corto

1a. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?

- Muy tensa (3 puntos)
- Alguna tensión (2 puntos)
- Ninguna tensión (1 punto)

2b. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...

- Mucha dificultad (3 puntos)
- Alguna dificultad (2 puntos)
- Sin dificultad (1 punto)

**Cribado positivo
≥ 3 puntos**

Resultado:

- Si el resultado es de **2 puntos**, es un **cribado negativo** y el diagnóstico es **MUJER SIN RIESGO ACTUAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.
- Se deberá volver a preguntar a los 2 años o antes si presentara indicadores de sospecha.
- Si el resultado es de **3 puntos o más**, es un **cribado positivo**, por lo que existe mayor probabilidad de que la mujer pueda estar sufriendo violencia de género en su relación de pareja, pero NO está confirmado. Es necesario siempre realizar la confirmación diagnóstica, y para ello se debe realizar el WAST largo.

Questionario WAST largo:

- Tras un cribado positivo (WAST corto ≥ 3), se realizan las 6 preguntas siguientes, (c, d, e, f, g y h), que nos ayudan a confirmar o no el diagnóstico.
- Las 8 preguntas totales del WAST (corto y largo) tienen un rango de puntuación total entre 8 y 24 puntos y tiene una mayor precisión diagnóstica. El punto de corte del WAST largo es de 11 puntos. A partir de esa puntuación aumenta la probabilidad de ser un caso positivo.

Cuestionario WAST largo

3c. Al terminar las discusiones, usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

4d. Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

5e. ¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

6f. Su pareja ¿ha abusado de usted físicamente?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

7g. Su pareja ¿ha abusado de usted emocionalmente?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

8h. Su pareja ¿ha abusado de usted sexualmente?

- Muchas veces (3 puntos)
- A veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

**WAST
largo positivo
≥11**

Resultado:

- Si el resultado es de **< 11 puntos y se obtiene, en una o más de las preguntas f, g y h, una respuesta distinta a «nunca» («a veces» o «muchas veces»)**, el diagnóstico es **MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.
- Si la puntuación total es de **≥ 11 puntos, pero las respuestas a las preguntas f, g y h son todas negativas (respuesta: «nunca»)**, el diagnóstico es **MUJER EN SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.

La valoración de los puntos de corte para el WAST está basada en la validación del instrumento realizada para Castilla y León por M. Sainz de Andueza. Tesis doctoral *Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha*.

La puntuación del WAST se realiza de forma automática en la HCE.

LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es la herramienta más eficaz para detectar la violencia de género. Es el proceso comunicativo entre la paciente y la o el profesional.

Se debe preguntar de una forma natural y progresiva a todas las mujeres (el único factor de riesgo es ser mujer), realizando preguntas exploratorias cuando acudan a consulta, tanto si se trata de la primera visita (apertura de la Historia Clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta que se le haya preguntado anteriormente en los últimos dos años. Luego se irá avanzando hacia preguntas dirigidas o directas sobre violencia. Las preguntas y la forma de preguntar se adaptarán a cada persona. Cada profesional utilizará aquellas que faciliten llegar al diagnóstico.

¿Cómo preguntar?

- Intentar estar a solas con la mujer.
- Mientras dure la entrevista, en la medida de lo posible, evitar interrupciones tanto presenciales como telefónicas.
- Ir de preguntas contextualizadas generales e indirectas a otras más específicas o directas según los indicadores de sospecha que se hayan detectado.

Importante:

- Escuchar de forma atenta y reflexiva. Prestar atención a su actitud y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Actitud empática que facilite la comunicación.
- Actitud de respeto y aceptación.
- No hacer juicios de valor (opinar, culpabilizar...).
- En el transcurso de la entrevista, evitar dar consejos o decidir por la mujer.

La escucha y la acogida: consideraciones

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. Solo el hecho de escuchar empáticamente es ya un acto terapéutico. Para ello, debe hacerse en unas condiciones de lugar y tiempo adecuadas, de confidencialidad e intimidad.

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

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

Preguntas generales contextualizadas

«La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy frecuente. Por ello estamos preguntando a todas las mujeres si están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de su pareja o expareja».

- *¿Alguna vez ha sufrido malos tratos por parte de su pareja o expareja?*
- *¿Alguna vez le ha golpeado, empujado, la insulta, humilla, amenaza, sexualmente le ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería...?*

«Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida. Es un problema que afecta a la salud, y como sanitarios nos preocupa, por ello preguntamos a todas las mujeres».

- *¿Ha sufrido usted una situación así?*

Preguntas en situaciones específicas según momento vital o vulnerabilidad

SITUACIÓN	FRASE INTRODUCTORIA	PREGUNTAS TIPO A FORMULAR
Mujeres jóvenes y adolescentes	A veces en parejas jóvenes, sobre todo con el uso de las redes sociales, se producen conductas de control sin que la otra persona sea consciente. Estas conductas pueden tener repercusiones en la salud, por eso estamos preguntando a todas las jóvenes...	<p>¿Cómo es tu relación de pareja?</p> <p>¿Te controla constantemente por el móvil?</p> <p>¿Decide siempre cuándo y con quién salir?</p> <p>¿Te impide ver a tus amistades?</p> <p>¿Te fuerza a tener relaciones sexuales cuando tú no lo deseas?</p>
Embarazo y puerperio	Durante el embarazo a veces se agudizan los problemas o los conflictos de pareja...	<p>¿Se encuentra usted en esta situación?</p> <p>¿Cómo vive su pareja el embarazo?</p> <p>¿Se siente apoyada por él?</p>
Mujeres migrantes	Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja...	<p>¿Cómo va la relación con su pareja?</p> <p>¿Cómo resuelven sus problemas?</p> <p>¿Se siente sola?</p>
Mujeres con discapacidad	Se ha estudiado que las mujeres con alguna discapacidad corren mayor riesgo de sufrir violencia de pareja, y como afecta a la salud, preguntamos...	<p>¿Cómo es la relación con su pareja?</p> <p>¿Se siente valorada y apoyada por su pareja? ¿Toma usted decisiones sobre cuestiones importantes de su vida cotidiana (a dónde ir, qué ponerse, qué comer, cómo gastar su dinero)?</p>
Mujeres con adicciones	Este tipo de situaciones, en ocasiones, afecta a la relación de pareja...	<p>¿Qué problemas ha ocasionado su consumo en casa?</p> <p>¿Cómo se resuelven?</p> <p>¿Cómo se comporta su pareja con usted?</p>
Mujeres mayores	Estamos preguntando a todas las mujeres cómo van las cosas en casa en relación a su pareja, ya que en relaciones largas también pueden aparecer problemas o situaciones que afectan a la salud...	<p>¿Se siente usted bien tratada por su pareja?</p> <p>Si surge algún conflicto, ¿cómo lo resuelven?</p> <p>¿Toma usted las decisiones sobre cuestiones importantes de su vida cotidiana (a dónde ir, qué ponerse, cómo gastar su dinero)?</p>

Preguntas cuando existe sospecha por antecedentes

- *¿Cómo van las cosas en casa?*
- *La encuentro algo intranquila, ¿le preocupa algo?*
- *¿Está viviendo alguna situación problemática que le preocupe?, ¿tiene algún problema, quizá con su pareja?*
- *¿Cómo es el trato hacia usted en casa?, ¿siente que la tratan bien?*
- *Si discute con su pareja, ¿cómo resuelven el tema?*
- *Las relaciones de pareja son a veces violentas. ¿Qué ocurre cuando discuten?*
- *¿Se siente segura con su pareja?*
- *¿La han agredido físicamente alguna vez?*
- *¿La ha insultado, amenazado o humillado?*
- *¿Siente que le controla sus salidas?*
- *¿Le controla el dinero?*

Preguntas ante sospecha por lesiones o problemas físicos encontrados

- *Me preocupan sus lesiones, ¿quiere contarme qué le ocurrió?*
- *Esta lesión suele ocurrir cuando se recibe un golpe/corte/puñetazo, arañazos ... ¿Es eso lo que le ha ocurrido?*
- *¿Alguien ha usado la fuerza contra usted? ¿Su pareja o expareja la ha agredido? (empujones, bofetadas, patadas, puñetazos...).*
- *Si presenta lesiones durante el embarazo (genitales, abdomen o mamas), preguntar siempre: ¿Qué ha ocurrido, a qué se deben? ¿Su pareja ha usado la fuerza contra usted? Si está viviendo alguna situación de violencia podemos ayudarle.*
- *Si presenta dispareunia, dolor pélvico..., preguntar: ¿Ha sido forzada alguna vez a tener relaciones o prácticas sexuales cuando usted no quería hacerlo?*
- *Si la paciente refiere algún aborto, preguntar: ¿Hubo alguna causa física para su aborto?*

Preguntas ante sospecha por síntomas o problemas psíquicos encontrados

- *Me gustaría conocer su opinión sobre estos síntomas (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...). ¿Desde cuándo se siente así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Hay algo que los justifique?*
- *¿Ha hablado sobre ellos con su pareja? ¿Qué opina su pareja de lo que le pasa? ¿La ayuda o no le da importancia?*
- *¿Está viviendo alguna situación problemática que le preocupe? ¿Tiene algún problema, quizá con su pareja?, ¿con sus hijos/as?*
- *Parece como si se encontrara alerta, asustada, no descansara lo suficiente... ¿Qué le preocupa? ¿Teme algo?*
- *¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?, ¿para salir y hacer actividades fuera de casa?*

LOS INDICADORES DE SOSPECHA

Existen ciertos indicadores, signos, síntomas o determinadas situaciones que nos pueden hacer sospechar de la existencia de violencia de género y sobre los que debemos estar alerta y preguntar.

No existen evidencias científicas que demuestren que los indicadores que se presentan sean los únicos, que tengan más peso unos que otros o que su gravedad venga dada por la asociación de más de uno de ellos. Será la formación, el conocimiento de cada caso concreto y la práctica clínica lo que permitirá al/la profesional detectar a través de ellos la situación de violencia.

Entre ellos se encuentran:

A. INDICADORES ENTRE LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER	
Antecedentes de violencia	<ul style="list-style-type: none">• Haber vivido otras relaciones de violencia de género.• Haber sufrido violencia de género en la infancia.
Antecedentes personales y hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones frecuentes.• Adicciones.• Abuso de psicofármacos.• Trastornos de la conducta alimentaria.• Depresión.• Intentos de suicidio.
Antecedentes gineco-obstétricos	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados y/o no aceptados).• Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.• Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.• Historia de abortos repetidos.• Hijos o hijas con bajo peso al nacer.• Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Motivos de consulta o quejas frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Físicos: cefaleas, cervicalgias, dolor crónico en general, mareo, molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, etc.), molestias pélvicas, dificultades respiratorias.• Psicológicos: insomnio, depresión, ansiedad, baja autoestima, labilidad emocional, irritabilidad, agotamiento psíquico, trastorno de la conducta alimentaria, intentos de suicidio.• Sociales: escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales frecuentes, absentismo laboral.

Continúa en página siguiente >>

Utilización de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none">• Alterna periodos de hiperfrecuentación con otros de abandono (largas ausencias).• Incumplimiento de citas o tratamientos.• Uso repetitivo de los servicios de urgencia.• Frecuentes hospitalizaciones.• Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none">• Situaciones de cambio vital: embarazo y puerperio, noviazgo, separación y/o jubilación propia o de la pareja.• Situaciones vitales que aumentan la vulnerabilidad: tener hijos/as y/o personas dependientes a su cargo, aislamiento familiar y social, enfermedad incapacitante, dependencia física o económica, dificultades labores o desempleo, ausencia de habilidades sociales.• Ser mayor.• Ser migrante o estar en situación de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza, sin hogar).• Infección por el VIH.

B. INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LAS CONSULTAS

Lesiones físicas	<ul style="list-style-type: none">• Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.• Retraso en la demanda de asistencia por lesiones físicas.• Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara, cabeza, cara interna de los brazos o muslos.• Lesiones por defensa en antebrazos y región dorsal.• Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.• Lesiones en genitales.• Lesión típica: rotura de tímpano.
Durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Inicio tardío de las visitas de control prenatal.• Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.• Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.• Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.• Embarazo en la adolescencia.• Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.• Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

Continúa en página siguiente >>

Durante el puerperio	<ul style="list-style-type: none">• Desgarros y dehiscencia de la episiotomía.• Mala o lenta recuperación postparto.• Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja para reiniciar relaciones sexuales.• Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.• Depresión postparto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.• Retraso en la visita neonatal.
Actitud de la mujer	<ul style="list-style-type: none">• Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa.• Vergüenza, retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara.• Justifica sus lesiones o les quita importancia.• Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.• Baja autoestima.• Sentimientos de culpa.• Estado de ansiedad, angustia, irritabilidad.• Ideas de suicidio.• Vestimenta que pueda indicar la intención de ocultar lesiones.• Falta de cuidado personal.• Si está presente su pareja, temerosa en las respuestas y busca su aprobación.
Actitud de la pareja	<ul style="list-style-type: none">• Solicita estar presente en toda la visita.• Muy controlador, siempre contesta él.• Excesivamente preocupado o solícito con ella.• A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional.

C. INFORMACIÓN DE FAMILIARES, AMISTADES DE LA PACIENTE O DE OTROS/AS PROFESIONALES E INSTITUCIONES

3.3 VALORACIÓN

- En los casos de sospecha de violencia de género se deberá realizar una valoración integral biopsicosocial.
- En los casos confirmados de violencia de género se procederá a realizar, además de la valoración biopsicosocial, las siguientes valoraciones:
 - Valoración de la violencia que sufre: tipo, inicio, duración, ciclo de la violencia, intensidad, etc.
 - Valoración de la seguridad y el riesgo o peligro.
 - Exploración de las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra.

1. VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL

Valoración física

- La exploración física debe ser completa.
- Localización de las lesiones.
- Características de las lesiones, erosiones, hematomas, heridas, quemaduras, mordeduras, fracturas, sangrado anal o vaginal, fisuras, etc.
- Mecanismos de agresión: puñetazos, patadas, bofetadas, lesiones por objetos romos, empujones con caídas, armas blancas o de fuego, agarramientos, lesiones por intento de estrangulamiento, aplastamiento, etc.
- Aspecto de las lesiones, recientes, antiguas, en distintos estadios.
- Quejas somáticas frecuentes: cefaleas, dolor crónico, molestias gastrointestinales, molestias pélvicas, dificultad respiratoria, etc.
- Valorar la evolución de sus posibles procesos crónicos: diabetes, HTA...

Valoración del estado emocional y psicológico

- Respuestas inmediatas: reacciones de shock, confusión, negación, temor, abatimiento, etcétera.
- Trastornos reactivos:
 - Somatizaciones.
 - Ansiedad, fobias, trastornos por estrés postraumático.
 - Síntomas depresivos, baja autoestima, autoinculpación, dificultad para tomar decisiones, desesperanza, aislamiento.
 - Abuso de sustancias sedantes, ansiolíticos, alcohol u otras drogas.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas).
 - Ideas o intentos de suicidio.
 - Comportamiento disociado.

Valoración de aspectos sociales

- Antecedentes de violencia de género (en la mujer y/o familia).
- Situaciones de especial vulnerabilidad (ver el apartado 1.5 de este protocolo).
- Características de la unidad de convivencia:
 - Quiénes la forman y perfiles: personas menores y/o adultas, personas con discapacidad o dependencia a su cargo.
 - Funcionamiento familiar, patrones de comportamiento (autoritarismo, rigidez de normas u organización jerárquica).
- Situación económica y laboral: disponibilidad de ingresos, actividad laboral remunerada.
- Situación de alojamiento (disponibilidad).
- Redes de apoyo (disponibilidad de apoyo).

2. VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA

Historia de violencia

Tipo de violencia	Psíquica, física y/o sexual (hay que recordar que sus manifestaciones pueden ser múltiples en cada una de ellas).
Inicio	¿Cuándo comenzó a sufrir la violencia o el maltrato?: noviazgo, inicio de la convivencia, hace años, hace meses, desde el embarazo, etc.
Duración	¿Cuánto tiempo hace que la sufre?: menos de un año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, más de 10 años.
Frecuencia	¿Con qué frecuencia se producen los episodios violentos?: diaria, semanal, mensual...
Ciclo de violencia	¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo o se comporta como si nada hubiera pasado? ¿Ahora en qué momento está la relación?
Intensidad	¿La intensidad, frecuencia o gravedad de los episodios de violencia ha ido en aumento? Es útil tener presente la escalada y el ciclo de la violencia.

Preguntas útiles para la valoración del tipo de violencia

Violencia física

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

Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos o a otras personas?
- ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ¿Le culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?
- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar? o ¿le obliga a trabajar fuera de casa y/o a entregar su sueldo?
- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?
- ¿Maltrata a las mascotas?
- ¿Da golpes en las paredes, puertas?, ¿rompe cosas?
- ¿Destruye objetos queridos por usted?

Violencia sexual

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

Si tiene hijos/as

- ¿Suelen presenciar la violencia? La violencia física, psíquica o sexual, ¿se dirige también directamente a ellas / ellos?

3. VALORACIÓN DEL PELIGRO Y LA SEGURIDAD

Una vez se tenga el reconocimiento explícito por parte de la mujer de que está sufriendo violencia de género, los esfuerzos deberán dirigirse a **valorar conjuntamente** la situación de peligro en la que se encuentran ella y sus hijos/as.

Se entiende por **peligro extremo** la situación actual de poder sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos/as.

Por **peligro no extremo** se entiende la situación actual de violencia cuyas manifestaciones no indican riesgo inminente para la vida de la mujer o de la de sus hijos/as.

Para determinar el peligro extremo se ofrecen una serie de indicadores útiles para la valoración:

INDICADORES PARA VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD

- **Percepción de la mujer de peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos/as. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.**
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio contra ella y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijas o hijos u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- El maltratador no respeta la orden de alejamiento.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo o puerperio.
- Agresiones sexuales repetidas.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, a dónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento creciente.
- Adicciones por parte del agresor.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

El uso de estos indicadores no debe sustituir el criterio profesional, fundamentado en la entrevista y las valoraciones realizadas.

Si se detecta una situación de peligro, hay que preguntar:

- *¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?*
- *¿Están sus hijos/as seguros/as? ¿Sabe dónde está ahora el agresor?*
- *¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Cree que la ayudarían?*

4. EXPLORACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE LA MUJER Y LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA...

... en relación a la toma de decisiones de realizar cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.

La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como por si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo.

Las mujeres permanecen en una relación violenta no porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos psicológicos, emocionales, culturales, de apoyo social, económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación.

Muchas se sienten responsables de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla o cambiar el comportamiento del maltratador, desarrollando una serie de mecanismos de adaptación y de sentimientos que les dificultan en muchos casos pedir ayuda. Las y los profesionales sanitarios/as debemos estar atentos/as a estos aspectos y al momento en que se encuentra cada mujer para poder realizar intervenciones más efectivas.

A modo ilustrativo se sugiere una tabla con fases del proceso de cambio de la mujer agredida y las actuaciones sanitarias.

FASE EN EL PROCESO DE CAMBIO DE LA MUJERES	ACTUACIÓN PROFESIONAL
Ausencia de conciencia de la situación de violencia o negación de esta.	Relacionar su sintomatología con la situación de violencia. Ofrecer criterios e información para que pueda analizar lo que es maltrato y buen trato.
Empieza la toma de conciencia de la violencia que vive, pero no siente que la situación pueda cambiar o que ella pueda intervenir haciendo cambios.	Facilitar la expresión de emociones, miedos, expectativas, dificultades. Identificar apoyos y fortalezas. Analizar el ciclo de la violencia con ella.
Empieza a pensar que no puede seguir viviendo así, pero no sabe cómo cambiar. Analiza pros y contras para un cambio que no se plantea realizar todavía.	Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. Analizar sus dificultades. Motivarla para buscar otros apoyos profesionales tanto dentro del EAP como en otros recursos comunitarios, así como plantear el trabajo grupal como recurso.

Continúa en página siguiente >>

Inicia cambios en su vida y planes para la ruptura, aún en medio de sentimientos contradictorios como la autoconfianza, la culpa, el miedo a enfrentarse a lo desconocido.	Valorar sus progresos, reforzar sus decisiones, acompañándola con citas frecuentes, coordinación dentro del EAP para procurar un abordaje integral, así como con otros recursos sociosanitarios.
El camino de salida de la violencia no es lineal, como todo proceso de cambio puede tener momentos de abandono y retrocesos hasta lograr consolidar y mantener su autodeterminación.	Ayudarla a entender que los retrocesos y las inseguridades forman parte del proceso. Analizar con ella los motivos y situaciones que llevaron al retroceso.
Consolidado el proceso de cambio, se plantea nuevos proyectos de vida.	Potenciar su participación en actividades y redes sociales, en la creación de vínculos saludables, en el desarrollo de su autoestima y autoconfianza.

3.4 INTERVENCIÓN

Hay que recordar que es importante tener presente los derechos y obligaciones en cuanto a la información y documentación clínica (Ley de Autonomía del Paciente y Ley de Protección de Datos). La confidencialidad, privacidad e intimidad deben mantenerse en toda intervención.

La finalidad de la intervención es restablecer la salud y promocionar el desarrollo de una vida en un entorno saludable y libre de violencia. La actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no la violencia, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que la mujer se encuentre.

PLAN DE INTERVENCIÓN EN MUJER SIN RIESGO ACTUAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MUJER SIN RIESGO ACTUAL

Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada.

Registrar en la Historia Clínica Electrónica:

WAST corto con resultado negativo o entrevista clínica con resultado de violencia de género no confirmado.
Indicadores de sospecha negativos.

Ofrecer volver a consulta cuando lo necesite.

Seguimiento:

Preguntar cada dos años, o antes si se observan indicadores de sospecha.

1. Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada, sin riesgo actual de violencia de género.

2. Registrar en la Historia Clínica Electrónica la actuación realizada:

- WAST corto negativo o entrevista clínica con resultado negativo de violencia de género. Indicadores de sospecha negativos.
- En la hoja de problemas fundamentales, registrar el diagnóstico encontrado: mujer sin riesgo actual de violencia de género.

3. Seguimiento: volver a preguntar a los 2 años, o antes si aparecieran indicadores de sospecha.

4. Ofrecerle que vuelva a consulta cuando lo necesite.

PLAN DE INTERVENCIÓN EN MUJER EN SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MUJER EN SOSPECHA

Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada y volver a preguntar.

Registrar en la Historia Clínica Electrónica:

WAST largo con resultado de sospecha o entrevista clínica con resultado de violencia de género no confirmada e indicadores de sospecha positivos.
Valoración psicosocial.

Atender los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.

Ante sospechas fundadas, si tiene hijos/as menores o personas dependientes a su cargo, informar a pediatría y a trabajo social.

Planificar visitas de seguimiento:

La periodicidad dependerá de cada caso. Se propone una vez al mes para reevaluar la situación.

Acompañar con actitud empática en el proceso de reconocimiento.

1. Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada (la que nos hace sospechar de la existencia de violencia de género) y volver a preguntar, relacionando los indicadores detectados y los hallazgos encontrados con la posible existencia de violencia. Es conveniente utilizar los ejemplos de preguntas ante sospecha (ver página 58). Algunas intervenciones que ayudan a reconocerlo son: recordar que la violencia es un problema de salud y que puede contar con el personal sanitario en ese momento o en futuras consultas, informar sobre los recursos existentes.

Continúa en página siguiente >>

2. Si tras volver a preguntar:

- La mujer no reconoce que sufre violencia y por parte del profesional persiste la sospecha, se realizará una valoración biopsicosocial, destacando aquellos aspectos de la misma que nos llevan a considerar que la mujer podría estar en una situación de peligro. Se continuará interviniendo progresivamente en consultas de seguimiento por el o la profesional que lo ha detectado.
- La mujer reconoce que sufre violencia, se realizarán la valoración biopsicosocial, de la violencia y de la seguridad. La intervención dependerá de los hallazgos encontrados.

3. Registrar en la Historia Clínica Electrónica las actuaciones realizadas:

- WAST con resultado de sospecha o entrevista clínica con resultado de violencia de género no confirmada e indicadores de sospecha positivos.
- Valoración biopsicosocial
- En la hoja de problemas, registrar el diagnóstico: mujer en sospecha de violencia de género.

4. Atender los problemas físicos/psíquicos/sociales que presente, de forma integral e interdisciplinar.

5. Planificar visitas de seguimiento por la/el profesional que haya detectado el caso. La periodicidad dependerá de cada caso, se propone volver a citar a la mujer al mes para valorar la situación de sospecha y volver a preguntar, sin presionar u obligar.

Se le ofrecerá volver a consulta siempre que lo necesite.

Cuando la sospecha ha sido detectada en consultas de embarazo/puerperio, el seguimiento se realizará aprovechando las próximas consultas o programando una nueva cita en función del riesgo detectado y de las particularidades propias de cada caso.

En los casos en los que la mujer tenga hijas/os menores u otras personas dependientes a su cargo, se debe informar a pediatría o medicina de familia, según corresponda, y a trabajo social.

Trabajo en las consultas de seguimiento:

- Establecer una relación de confianza con la mujer.
- Explorar con ella sus vivencias, temores y resistencia a desvelar una situación de violencia.
- Trabajar con ella la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en la salud.
- Acompañar en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones de manera empática.
- Procurar atención integral e interdisciplinar a los problemas biopsicosociales encontrados.
- Dar información básica sobre recursos de apoyo.
- Proponer, si se considera adecuado, la participación en actividades grupales.

Comunicación a la Fiscalía:

En los casos en los que se tengan fundadas sospechas de encontrarse ante una situación de violencia de género, se aprecie que puede estar en una situación de peligro y no exista constatación clara del origen de las lesiones como para emitir el correspondiente parte de lesiones, la Fiscalía puede ser un recurso útil para los y las profesionales de la salud, ya que podría ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos y facilitar la protección en su caso (ver Anexo 4).

PLAN DE INTERVENCIÓN EN MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA DE GÉNERO SIN PELIGRO EXTREMO

MUJER SIN PELIGRO EXTREMO

Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada.

Registrar en la Historia Clínica Electrónica:

WAST con resultado confirmado o entrevista clínica con resultado de violencia de género confirmada.

Valoración biopsicosocial, valoración de la violencia y del peligro/seguridad.

Atender los problemas físicos/psíquicos/sociales que presente.

Plantear una estrategia de seguridad.

Informar, si tiene hijos/as menores o personas dependientes a su cargo, a pediatría y a trabajo social.

Planificar visitas de seguimiento:

Apoyar y favorecer la toma de decisiones.

Acompañar en el afrontamiento de la situación.

Informar de los recursos especializados y derivar cuando proceda.

Prevenir nuevas situaciones de violencia.

Ofrecer actividades grupales y favorecer que participe en ellas.

Emitir el parte de lesiones cuando proceda

(valorar la seguridad y protección de la mujer).

1. Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada: violencia de género sin peligro extremo.

2. Registrar en la Historia Clínica Electrónica las actuaciones realizadas:

- WAST con resultado confirmado o entrevista clínica con resultado de violencia de género confirmada.
- Valoración biopsicosocial, de la violencia y del peligro/seguridad.
- En la hoja de problemas, registrar el diagnóstico: mujer víctima de violencia de género sin peligro extremo

3. Atender los problemas físicos/psíquicos/sociales que presente, de forma integral e interdisciplinar.

4. Trabajo en consulta:

- Atendiendo a las expectativas de cada mujer y a la fase del proceso de cambio en la que se encuentre, favorecer la toma de conciencia sobre la violencia de género, informar del proceso de la violencia (escalada y ciclo), del impacto en la salud, etc.
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad (ver página 74) ante una posible situación extrema.
- Establecer un plan de consultas de seguimiento periódicas por el o la profesional que ha detectado la situación, establecer la coordinación con los o las profesionales del Equipo de Atención Primaria que se consideren necesarios, contando con el consentimiento de la mujer.

Cuando la violencia ha sido detectada en consultas de embarazo/puerperio, el seguimiento se realizará aprovechando las próximas consultas o programando una nueva cita, en función del riesgo detectado y de las particularidades propias de cada caso.

En los casos en los que la mujer tenga hijas/os menores u otras personas dependientes a su cargo, se debe informar a pediatría o medicina de familia, según corresponda, y a trabajo social.

En los seguimientos:

- Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en su situación.
- Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
- Informar de los recursos especializados existentes.
- Derivar, cuando proceda y con su consentimiento, a dichos recursos, con las intervenciones de apoyo o complementarias que se consideren necesarias en cada caso: contacto previo, acompañamiento, etc. La derivación se realizará preferentemente por el o la profesional de trabajo social (ver Anexo 3).
- Prevenir nuevas situaciones de violencia.
- Ofrecer y favorecer la participación en intervenciones grupales.

5. Emitir el parte de lesiones cuando proceda (se debe valorar la seguridad de la mujer, tomar medidas de protección para minimizar el riesgo y derivar a los recursos especializados). Dar copia a la mujer, siempre que no se comprometa su seguridad.

Al año se deben reevaluar y actualizar los diagnósticos en la Historia Clínica Electrónica.

PLAN DE INTERVENCIÓN EN MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA DE GÉNERO CON PELIGRO EXTREMO

MUJER CON PELIGRO EXTREMO

Garantizar el acompañamiento durante su estancia en el centro de salud.

Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada.

Registrar en la Historia Clínica Electrónica:

WAST con resultado confirmado o entrevista clínica con resultado de violencia de género confirmada.

Valoración biopsicosocial, de la violencia y del peligro/seguridad.

Atender los problemas físicos/psíquicos/sociales que presente.

Llamar al 112 para activar el SAMVV.

Plantear una estrategia de seguridad.

Informar, si tiene hijos/as menores o personas dependientes a su cargo, a pediatría y a trabajo social.

Planificar visitas de seguimiento:

Apoyar y favorecer la toma de decisiones.

Acompañar en el afrontamiento de la situación.

Informar de los recursos especializados cuando proceda.

Derivar a los recursos con las intervenciones de apoyo necesarias en cada caso.

Prevenir nuevas situaciones de violencia.

Emitir el parte de lesiones

(valorar la seguridad y protección de la mujer).

1. Informar a la mujer de la situación diagnóstica encontrada y del peligro extremo en que se encuentra, de los derechos que la asisten y de las actuaciones a seguir.

Garantizar el acompañamiento de la mujer durante su estancia en el centro. Estar alerta por si el maltratador estuviese cerca; en su caso, activar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

2. Registrar en la Historia Clínica Electrónica las actuaciones realizadas:

- WAST con resultado confirmado o entrevista clínica con resultado de violencia de género confirmada.
- Valoración biopsicosocial, de la violencia y del peligro/seguridad.
- En la hoja de problemas, registrar el diagnóstico: mujer víctima de violencia de género con peligro extremo.

3. Atender los problemas físicos/psíquicos y sociales que presente, de forma integral e interdisciplinar.

4. Activar al Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV) llamando al 112 por si es necesaria la presencia del DEMA o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

5.- Trabajo en consulta:

- Atendiendo a las expectativas de cada mujer y a la fase del proceso de cambio en la que se encuentre, favorecer la toma de conciencia sobre la violencia de género, informar del proceso de la violencia (escalada y ciclo), el impacto en la salud, etc.
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad (ver página 74).
- Establecer un plan de consultas de seguimiento periódicas por el o la profesional que ha detectado la situación de violencia, establecer la coordinación con los o las profesionales del Equipo de Atención Primaria que se consideren necesarios, contando con el consentimiento de la mujer.

Cuando la violencia ha sido detectada en consultas de embarazo/puerperio, el seguimiento se realizará aprovechando las próximas consultas o programando una nueva cita, en función del riesgo detectado y las particularidades propias de cada caso.

En los casos en los que la mujer tenga hijas/os menores u otras personas dependientes a su cargo, se debe informar a pediatría o a medicina de familia, según corresponda, y a trabajo social.

En los seguimientos:

- Apoyar y favorecer la toma de decisiones.
- Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
- Informar de los recursos especializados existentes.
- Derivar, cuando proceda y con su consentimiento, a dichos recursos, con las intervenciones de apoyo o complementarias que se consideren necesarias en cada caso: contacto previo, acompañamiento, etc. La derivación se realizará preferentemente por el o la profesional de trabajo social (ver Anexo 3).
- Prevenir nuevas situaciones de violencia.

6. Emitir el parte de lesiones de forma inmediata (se debe valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo), dar copia a la mujer, siempre que no se comprometa su seguridad.

Al año se deben reevaluar y actualizar los diagnósticos en la Historia Clínica Electrónica.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD

En situación de peligro extremo:

Puede llamar al 112 y pedir ayuda o asesoramiento. Funciona las 24 horas del día los 365 días del año. Dentro de la sala del 112 se encuentra permanentemente el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV), que le puede prestar ayuda, y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Plan de protección para ella y sus hijas/hijos:

- Concertar una señal de ayuda con vecinos y familiares.
- Enseñar a los hijos/as a pedir ayuda y a protegerse.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida. Si es necesario, refugiarse en una habitación que pueda cerrar y con ventana. Haga todo el ruido que pueda para alertar a sus vecinos. Llame al 112.
- Evitar espacios donde el maltratador pueda tener acceso a objetos peligrosos, como la cocina.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse la cabeza y la cara con los brazos).

Si decide abandonar el domicilio:

- Procurar que el maltratador no esté en casa en el momento de abandonarlo.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes. Ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a los lugares y a las personas con las que había contactado previamente.
- Recordarle que tenga preparado:
 - Listado de teléfonos importantes (familia, colegios, centros sanitarios...).
 - Juego de llaves de la casa y el coche.
 - Si es posible, tener una cuenta bancaria que solo ella conozca con lo que pueda ingresar. Hacer provisión de dinero en metálico y/o tarjetas de crédito.
 - Documentos legales como DNI, permiso de conducir, tarjeta sanitaria, libro de familia, pólizas de seguros, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
 - Bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño o niña (manta, libro, juguete).

RECOMENDACIONES PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA

Ante cualquier actuación sanitaria en casos de violencia de género, es importante recordar siempre:

- Registrar en la Historia Clínica las situaciones de violencia encontradas y las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- Informar acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.
- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Si hay hijos o hijas menores a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para su valoración.
- Es necesario tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener una estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Promover en las mujeres su participación en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal, tanto en los centros de salud como en los servicios especializados.

La coordinación entre profesionales del Equipo de Atención Primaria: medicina de familia, enfermería, pediatras, matronas y trabajo social, ante un caso de violencia de género, y de estos con profesionales hospitalarios, servicios sociales de la comunidad, recursos especializados en violencia de género, fuerzas y cuerpos de seguridad y justicia es muy necesaria para el abordaje de estos casos, sobre todo en el caso de mujeres de especial vulnerabilidad.

INTERVENCIÓN EN LAS HIJAS E HIJOS

Las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia física, psíquica o sexual por sus parejas o exparejas son víctimas directas de la violencia de género.

Es importante ser conscientes de que experimentan el proceso de la violencia en todas sus fases, tanto en las que la violencia está activa como en la etapa de luna de miel. Esto hace que, al igual que las mujeres, estos niños y niñas sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional y tiene repercusiones en su salud.

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las y los menores de edad, por su exposición a una amplia gama de experiencias violentas en su hogar e incluso a sufrir amenazas y/o violencia física y sexual.

Ante un caso confirmado de violencia de género en una mujer, si tiene hijas o hijos menores, es necesaria la coordinación con las y los profesionales de la pediatría para su información e intervención.

Asimismo, en la atención sanitaria a menores en las consultas de pediatría, se puede sospechar o detectar que están siendo víctimas de violencia de género; en tales casos, se deberá comunicar a la UAF de la madre. Esto posibilitará también la detección y la intervención en las mujeres.

La intervención de profesionales de trabajo social del centro de salud es muy importante en todos los casos para la valoración psicosocial y, en caso necesario, se solicitará la colaboración de otros/as profesionales.

En las consultas, es preciso prestar atención a la sintomatología en **adolescentes y jóvenes**, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia de género, para actuar en colaboración con el resto de profesionales de Atención Primaria. No hay que olvidar, además, que en estas edades ya se establecen las primeras relaciones de pareja, por lo que podemos encontrar menores de edad víctimas de violencia de género por sus parejas.

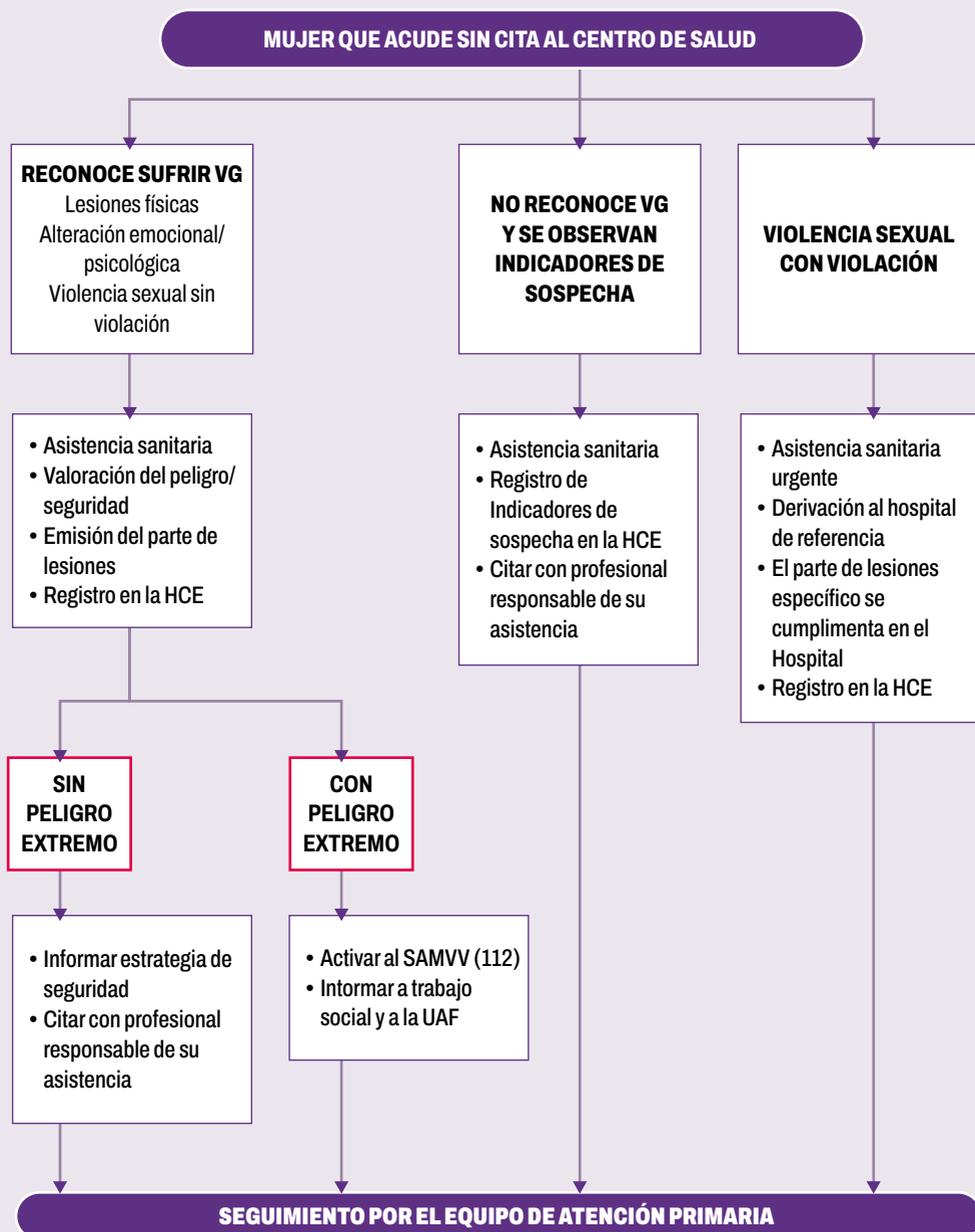
Indicadores de sospecha en las hijas e hijos de mujeres en relaciones de violencia de género

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

En la consulta de pediatría se realizará:

- Evaluación sistemática en los controles de salud (consulta a demanda o de programas de salud de situaciones de riesgo social y familiar).
- Detección precoz de indicadores de maltrato en el/la menor.
- Comunicación a trabajo social del centro y coordinación con otros/as profesionales del Equipo de Atención Primaria.
- Notificaciones oportunas según cada caso.
- Colaboración con otros sectores e instituciones.

3.5 ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN MUJER QUE ACUDE SIN CITA AL CENTRO DE SALUD



Situaciones que nos podemos encontrar:

- Mujer que acude sin cita al centro de salud con lesiones, signos o síntomas de violencia física, alteraciones emocionales o psicológicas, o por haber sufrido violencia sexual sin violación, y **RECONOCE SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.
- Mujer que acude sin cita al centro de salud con lesiones, signos o síntomas de violencia física, alteraciones emocionales o psicológicas, y **NO SE RECONOCE COMO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO, PERO SE OBSERVAN INDICADORES DE SOSPECHA**.
- Mujer que acude sin cita al centro de salud, víctima de **VIOLENCIA SEXUAL CON VIOLACIÓN**.

RECONOCE SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO

Cuando en el centro de salud se atiende sin cita a una mujer y refiera como motivo de sus lesiones o síntomas, violencia de género física, psicológica o sexual sin violación, **además de garantizar la oportuna asistencia sanitaria, se tendrá en cuenta la especificidad de esta situación a lo largo de todo el proceso asistencial:**

- Asignar un nivel de prioridad en la atención dependiendo de las lesiones y/o estado de la mujer. Se la ubicará en un espacio que garantice su seguridad, donde podrá estar acompañada de una persona de su confianza. Se procurará que no esté sola.
- Comunicar a todo el personal del servicio implicado en su asistencia la prohibición de facilitar información sobre la situación de la mujer y su ubicación. Estar pendiente por si el maltratador estuviese cerca. En su caso activar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Prestar la oportuna asistencia sanitaria. Si fuese necesario, por la gravedad de las lesiones o por necesidad de pruebas complementarias, derivar al ámbito hospitalario. Garantizar su seguridad y traslado.
- Valorar el tipo de violencia y el peligro y la seguridad (utilizar la tabla de la página 63).
- Registrar en la Historia Clínica Electrónica las actuaciones realizadas.
- Preguntar si tiene hijas/os menores y/o personas dependientes a su cargo y, de ser así, dónde se encuentran en ese momento, e informar a pediatría o medicina de familia, según corresponda, y a trabajo social.
- Citar para consultas de seguimiento con el profesional sanitario responsable de su asistencia.
- Informar a trabajo social del centro, con el consentimiento de la mujer, para valoración e intervención (apoyo, información de los recursos, derivación si procede...).

Si la situación es de peligro extremo:

- Activar el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV) a través del 112 (funciona las 24 horas del día los 365 días del año). Este servicio, según cada caso, puede activar al DEMA (Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas), que se trasladará al lugar donde esté la mujer si es necesario.
- Informar, si se encuentra en el centro de salud, al profesional del trabajo social para asesoramiento y acompañamiento.
- Emitir el parte de lesiones por violencia de género. Se entregará copia a la mujer, siempre que no comprometa su seguridad.

Si la situación es de peligro NO extremo:

- Informar a la mujer del teléfono único de emergencias 112, al que puede llamar si se encuentra en peligro. El servicio funciona las 24 horas del día todos los días del año.
- Informarle de la necesidad de estar alerta y de tener una estrategia de seguridad para ella y sus hijos/as, así como sobre medidas a tener en cuenta si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente (ver página 74).
- Emitir el parte de lesiones por violencia de género cuando proceda (se debe valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo). Se entregará copia a la mujer, siempre que no comprometa su seguridad.

NO SE RECONOCE COMO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SE OBSERVAN INDICADORES DE SOSPECHA

Cuando en el centro de salud se atiende sin cita a una mujer con lesiones, signos o síntomas físicos, alteraciones emocionales o psicológicas, y se observen indicadores de sospecha de violencia de género, se deberá, una vez realizada la oportuna asistencia sanitaria:

- Registrar en la Historia Clínica Electrónica todos los indicadores de sospecha que se observen.
- Citar para consultas de seguimiento con el profesional sanitario responsable de su asistencia.
- En los casos en los que se tengan fundadas sospechas de estar ante una situación de violencia de género y la mujer tenga hijas/os menores u otras personas dependientes a su cargo, se debe informar a pediatría o medicina de familia, según corresponda, y a trabajo social.

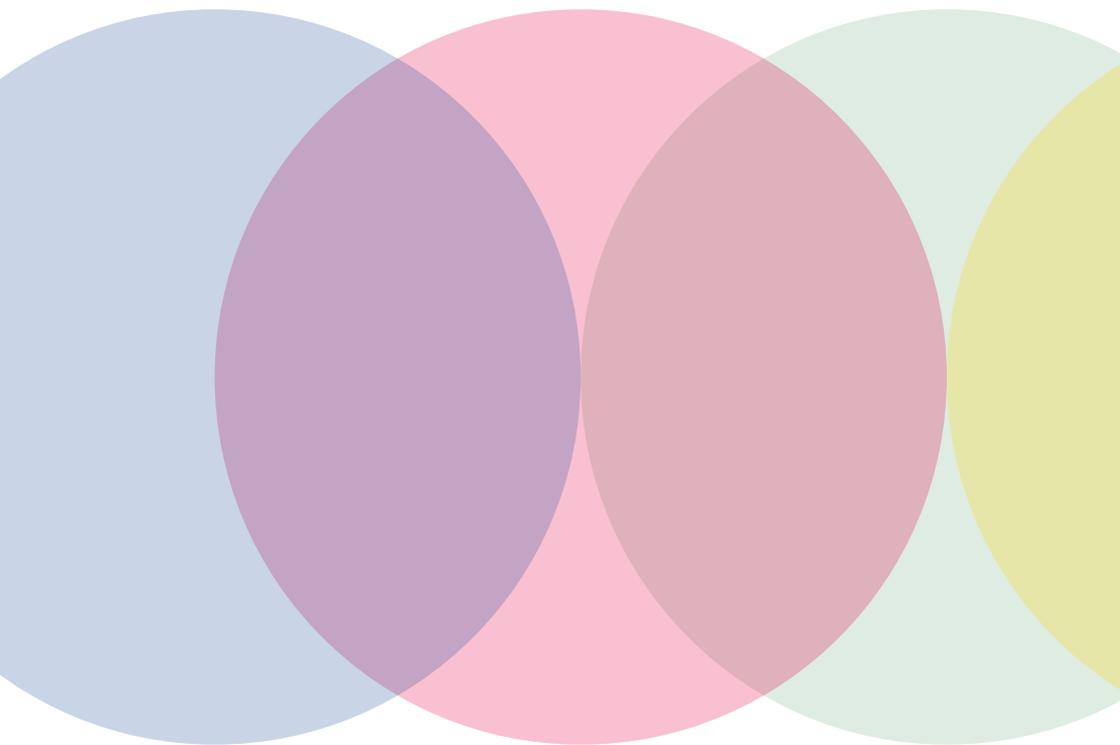
VIOLENCIA SEXUAL CON VIOLACIÓN

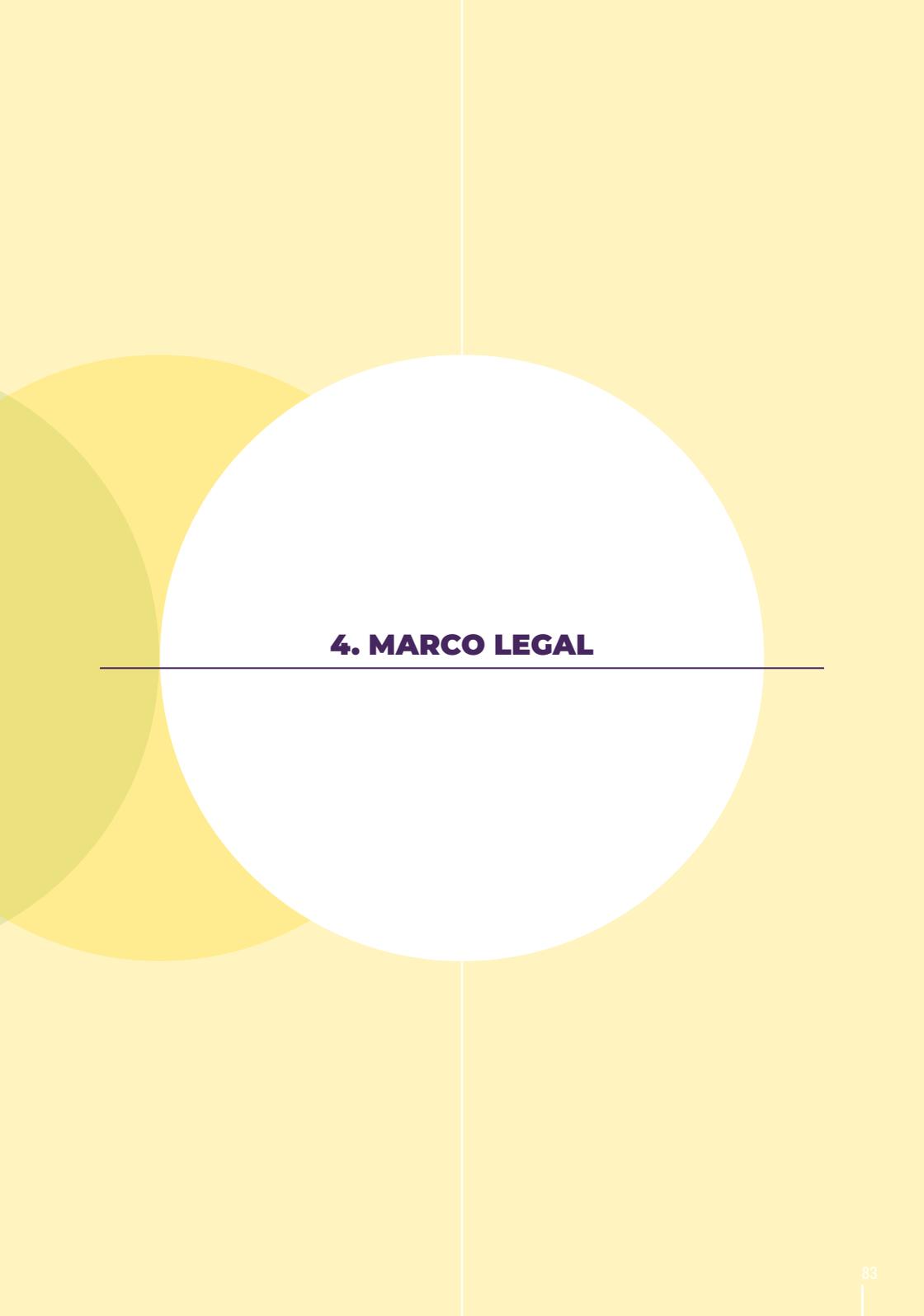
Las actuaciones en Atención Primaria ante agresiones sexuales con violación consistirán en:

- Atender solo aquellas lesiones que necesiten una actuación urgente o donde se corra riesgo vital.
- Remitir a la paciente al hospital de referencia con carácter urgente para que se le realice una valoración física y psicológica y se tomen las muestras oportunas en coordinación con la medicina forense.
- Asegurar la llegada de la víctima al hospital, disponiendo el traslado en ambulancia si fuera necesario.
- Registrar en la HCE los datos y actuaciones realizadas, incluida la derivación al hospital de referencia.
- El parte de lesiones, específico para las agresiones sexuales con violación, debe cumplimentarse en el hospital de referencia.
- En el caso de menores de 15 años, el procedimiento a seguir es el mismo: derivar al hospital de referencia.

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El período de tiempo transcurrido entre la agresión y el reconocimiento ginecológico y médico-forense debe ser el mínimo posible, tanto por la situación emocional de la víctima como por la preservación de signos de la agresión y la toma de muestras; por tanto, se debe agilizar la atención y evitar demoras que puedan retrasar su llegada al centro hospitalario.
- Se evitarán exploraciones innecesarias en el centro de salud, dado que posteriormente la paciente será valorada en el hospital de referencia.
- Se le 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.



The page features a light yellow background with a vertical white line running down the center. On the left side, there are two overlapping circles: a larger yellow one and a smaller olive green one. A large white circle is centered on the page, containing the text. A thin black horizontal line passes through the text.

4. MARCO LEGAL



En los últimos años se han producido avances legislativos importantes en materia de violencia contra las mujeres y se han desarrollado políticas (estrategias, protocolos, programas) dirigidas a la prevención, asistencia integral, protección y recuperación de las víctimas y de sus hijas e hijos, tanto en el ámbito estatal como en las diferentes comunidades autónomas.

4.1 MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

Las actuaciones en materia de violencia de género están recogidas en diversas normativas internacionales, nacionales y del ámbito de la comunidad autónoma. Se destacan aquí solamente aquellas de especial relevancia para este Protocolo:

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán las actuaciones de los/las profesionales que permitan la detección precoz de la violencia de género, así como la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. Y en el artículo 32, destaca la obligatoriedad de los poderes públicos de colaborar y garantizar la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad. En el apartado 3 de dicho artículo se determina que las administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado.

La Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, en su artículo 23 establece el deber de los profesionales sanitarios de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias.

Resolución de 28 de julio de 2021, de la Subsecretaría del Ministerio de Igualdad, que publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de julio de 2021, por el que se aprueba el **Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género**: Entre esas medidas se encuentra la detección temprana en los servicios sanitarios con la elaboración de un instrumento validado estandarizado para facilitar la detección de la violencia de género en los servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, que será objeto de una implantación progresiva en todo el territorio del Estado.

En cuanto a la atención a las hijas e hijos de las mujeres en situaciones de violencia de género, es necesario tener en cuenta, en las actuaciones sanitarias, **la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Y **la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**, que en la Disposición final octava modifica la ley anteriormente señalada.

Los preceptos legales de los que se deriva la **obligatoriedad de la comunicación al juzgado** de un hecho delictivo son:

Ley de Enjuiciamiento Criminal

En su artículo 262 establece el deber general de denunciar posibles delitos por parte de quienes por razón de su profesión tuvieran conocimiento de los mismos. De forma más concreta, en su artículo 355 se refiere al personal médico y especifica que «si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor».

Con la emisión del parte de lesiones se trata de poner en conocimiento de la autoridad judicial el resultado de una situación en la que puede haberse producido una falta o un delito. Y no se basa en la constatación de que lo ocurrido sea delito según el Código Penal, sino en que, ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, este sea puesto en conocimiento de quien puede investigar todo lo ocurrido y tomar las medidas que consideren oportunas.

Desde la perspectiva sanitaria, la comunicación al juzgado de guardia se configura como un medio de información que permitirá conocer el impacto de las lesiones en la salud de las personas. En este sentido, el artículo 8 de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** dispone que se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.

Instrucción n.º 4/19 del Director del Servicio Canario de la Salud

Por la que se establece y regula el modelo de parte de lesiones, para la comunicación al juzgado, de la asistencia sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito.

Dicha Instrucción tiene por objeto **establecer el modelo de parte de lesiones** a cumplimentar por el personal médico para la comunicación al juzgado de los supuestos de prestación de asistencia sanitaria por lesiones originadas por

acciones u omisiones, voluntarias o involuntarias, que pudieran ser constitutivas de falta o delito. Además, fija **las normas para su cumplimentación**, entendidas como orientaciones para facilitar que el parte de lesiones se rellene de manera correcta, y, por último, establece el **procedimiento de tramitación** que debe seguir dicho parte.

En ella se tienen en cuenta todos los preceptos legales señalados anteriormente y además se añade: «En el ámbito de la legislación específica de protección de datos personales, el artículo 9 de la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**, en relación con el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), permite el tratamiento de los datos relativos a la salud sin consentimiento expreso del interesado en los supuestos previstos en la presente Instrucción».

4.2 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, como de hecho en cualquier otra intervención sanitaria, deben respetarse los principios éticos:

Velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes (principio de beneficencia)

Todas las intervenciones sanitarias deben ir encaminadas a mejorar la calidad de vida y la seguridad de la mujer víctima, sus hijas e hijos; en este sentido, la comunicación de casos de violencia de género a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite en los casos necesarios, tal como se indica en los planes de intervención que contempla este Protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

Evitar perjuicios para la salud de las pacientes (principio de no maleficencia)

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo. La actuación clínica debe estar coordinada con otros/otras profesionales e instituciones que salvaguarden y protejan a la víctima y a sus hijas e hijos para evitar nuevas agresiones.

Respetar la autonomía de la mujer (a excepción de situación de riesgo vital)

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer, a excepción de que se encuentre en situación de riesgo vital. Para que las mujeres puedan tomar decisiones y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades adaptadas a su situación.

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

Es básico mantener la confidencialidad y la confianza que la mujer ha depositado en las o los profesionales sanitarios; en muchas ocasiones relatan hechos muy duros y dolorosos, difíciles de asumir y compartir. Además de en distintas leyes, en todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, matronas, auxiliares de enfermería, trabajo social y administración.

El compromiso de confidencialidad implica:

1. El registro confidencial de la información. Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la Historia Clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma.
2. Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos.
3. Garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.
4. No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.

4.3 PARTE DE LESIONES

Para abarcar de forma integral e interdisciplinar el caso de violencia de género que se presente es necesario que, además del correcto tratamiento de las lesiones físicas y psíquicas, se ponga en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un delito a través del correspondiente parte de lesiones, y así se puedan abordar también las cuestiones jurídicas y sociales.

El parte de lesiones constituye un documento médico-legal de extraordinaria importancia y de notificación obligatoria al juez o jueza competente ante cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de un delito. Será cumplimentado por el personal médico responsable de su asistencia y está en la Historia Clínica Electrónica.

Es importante tener en cuenta que el parte acredita o constata las lesiones producidas, avala la declaración de la persona lesionada y contribuye a la activación de medidas legales y de protección cuando las circunstancias lo requieran. Por tanto, es necesario que en la asistencia sanitaria que reciba la mujer se realice una correcta descripción de las lesiones, del tratamiento realizado y del plan de actuación a seguir, así como de toda la información que pueda ser de interés para una mejor atención, contribuyendo a evitar dilaciones injustificadas en la adopción de las medidas legales necesarias en cada caso. (Ver *Manual de Parte de Lesiones del SCS*).

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f634e385-041c-11ed-919d-dd0d6f465f84/Manual_Parte_de_Lesiones.pdf

Se señalan a continuación de forma resumida los aspectos más destacados del **parte de lesiones por violencia de género**.

Una vez se señale en el apartado **Lesiones presuntamente producidas por:** violencia de género, aparecerá el formulario y se irá cumplimentado toda la información que se solicita.

Tipos de Violencia de Género: En este apartado se señalará el tipo o los tipos de violencia de género que refiere la mujer. La respuesta puede ser múltiple, ya que, como hemos comentado, no es frecuente que se presente un solo tipo. La violencia física o sexual siempre se suele acompañar de violencia psicológica (insultos, amenazas, gritos, humillaciones, etc.) o al revés. Se debe tener en cuenta que la violencia psicológica es muy frecuente y sin embargo pasa desapercibida, por lo que hay que estar pendientes y hacer un buen diagnóstico. Los tres tipos (física, psíquica y sexual) están clasificados como delitos.

Hay que destacar la importancia del apartado **Descripción de los hechos**, en él se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecorriendo las mismas palabras empleadas por la mujer, intentando reflejar en su totalidad todo lo que ella relate (incluidos insultos, amenazas... si los hubiere). La importancia de ser lo más fiel posible a ese relato radica en las especiales características de este tipo de violencia, ya que se produce en la intimidad y dentro de unas relaciones de afectividad, sin otros testigos directos que las propias personas implicadas: agresor y víctima.

También es importante que **las lesiones** que se indiquen (cutáneas, musculoesqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, zona anatómica, longitud, disposición, aspecto, número. Hay que recordar que pasará algún tiempo hasta que la o el forense examine a la víctima y por ello no podrá apreciar determinados extremos que sí observará quien esté realizando el parte de lesiones tras la agresión reciente. También se indicará si se observan lesiones antiguas o de distintas datas, que se puede estimar por la coloración que presentan. Esto ayudará en la valoración o investigación posterior para identificar si se trata de maltrato habitual o de una agresión puntual. Y si se han usado armas u objetos, en el caso de respuesta afirmativa, hay que especificar el arma o el tipo de objeto (arma blanca, arma de fuego, objetos contundentes y/o cortantes, otros utensilios).

Sobre el **Estado emocional**, permite una respuesta múltiple. Se trata de describir los síntomas emocionales y somáticos y la actitud de la mujer. La violencia psicológica puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones.

El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero la actitud difiere en una víctima de violencia de género, por lo que puede ser un gran indicador de lo sucedido. Por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva...

En este importante apartado se trata de hacer constar el estado psicológico del momento y relatar también, si la hubiere, su historia de salud mental (trastornos de ansiedad, depresión, tratamientos farmacológicos, terapias...). Según los datos oficiales, una mujer tarda de media en Canarias 11 años y 9 meses en contar que es víctima de violencia de género y pedir ayuda, con lo que es de esperar que a nivel psicológico exista un deterioro importante.

Otros datos especialmente relevantes para la situación de violencia género que padece son si presenta discapacidad física, psíquica o sensorial, si actualmente está embarazada, si tiene menores a su cargo. Todas estas situaciones son de especial vulnerabilidad para las mujeres, de ahí la importancia de relatarlas. Además, se incluyen preguntas relativas a la seguridad que determinarán si es necesario llamar al 112 y comunicarse con el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV), que funciona 24 horas al día los 365 días del año. El SAMVV, tras valorar la situación, puede activar al DEMA (Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas), y si la situación lo requiere, trasladarse al lugar para acompañar e informar a la mujer y encargarse del alojamiento de ella y de sus hijos/as

Esta llamada se realizará si la mujer expresa sentirse amenazada, acosada, vigilada o insegura en su casa.

Plan de actuación y seguimiento: donde se contempla si la mujer ha sido derivada a otras u otros profesionales y/o servicios, como trabajo social, Atención Primaria, servicios especializados de atención a la mujer, etc.).

En **Observaciones**, se hará constar toda aquella información que se considere relevante.

Una vez cumplimentado el parte de lesiones, deberá ser remitido de forma inmediata por fax al Juzgado, hasta que se disponga de medidas que permitan su envío electrónico. Quedará registrada una copia del mismo en la Historia Clínica Electrónica y en la Historia Clínica Compartida, así como constancia de haber sido enviado al Juzgado.

El parte de lesiones debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva y se le dará una copia, siempre que no perjudique su situación, puesto que puede estar acompañada del presunto agresor.

Así mismo se le informará de su derecho a recibir asesoramiento jurídico, apoyo psicológico, etc., acudiendo a los servicios especializados de atención a la mujer (disponibles en la web dalaalarma.com). También se le informará de su derecho a interponer una denuncia directamente en la comisaría de policía, Guardia Civil o Juzgado de Guardia si existe una situación objetiva de riesgo para la mujer y las personas que dependen de ella, pudiendo solicitar en la misma denuncia la orden de protección.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La denuncia

- Se informará a la mujer de su derecho a denunciar. Si esa es su decisión, debe saber que:
 - Se interpone en la comisaría de policía, Guardia Civil o Juzgado de Guardia (puede solicitar asistencia jurídica gratuita en ese momento).
 - Debe ser lo más detallada posible: identificar al agresor, exponer cómo se produjo la agresión, presencia de testigos... hay que hacer constar posibles insultos, amenazas recibidas, mencionar si ha habido agresiones anteriores y otras denuncias presentadas... Se recomendará su lectura detallada antes de que sea firmada, a fin de comprobar que se ha recogido todo tal como ocurrió o se relató, y se solicitará copia de la misma.
- Se adjuntará una copia del parte de lesiones a la denuncia.
- Si existe una situación objetiva de riesgo para la mujer y las personas que dependen de ella, se podrá solicitar a la vez la orden de protección.
- Antes de interponer la denuncia, si lo considera necesario, la mujer puede solicitar asesoramiento jurídico especializado o acompañamiento

a través Servicio de Atención a Mujeres Víctimas (SAMVV) del 112 o en los servicios de la Red canaria de servicios y centros de atención especializada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género web: www.dalaalarma.com

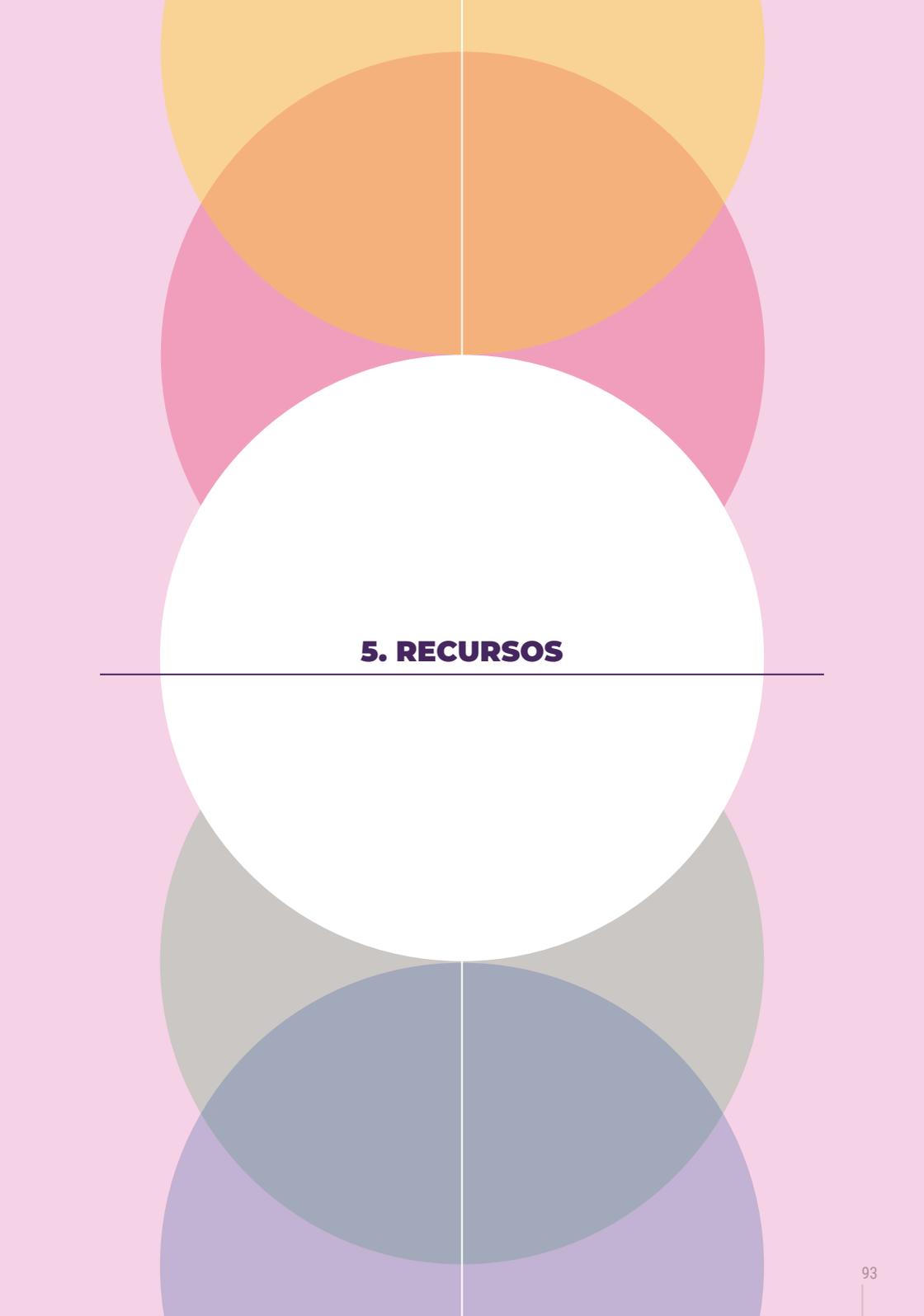
Hay que RECORDAR que no solo la violencia física es denunciabile, sino también la psicológica y sexual, ya que están tipificadas como delito.

Orden de protección

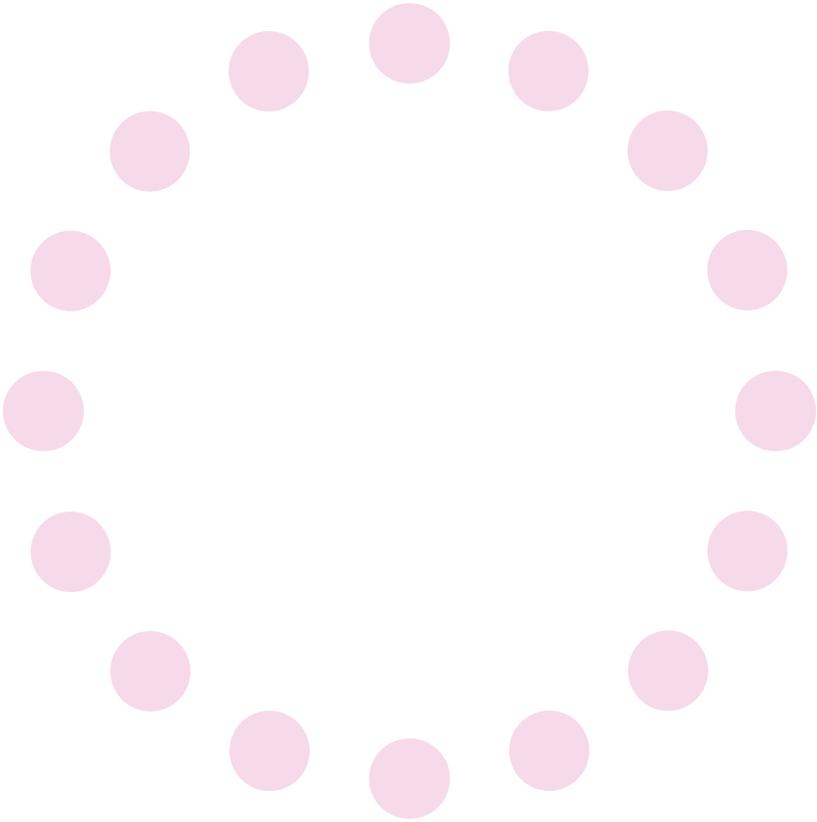
Es una medida a la que pueden acogerse las mujeres cuando haya indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, la integridad física y moral, la libertad sexual o la libertad y seguridad de la mujer.

Tiene por objeto ordenar la protección mediante la adopción de medidas cautelares civiles y/o penales, además de activar las medidas de asistencia y protección social necesarias. Se pone en marcha en un plazo máximo de 72 horas y se pueden acordar medidas de protección cautelar de naturaleza civil o penal, permitiendo además la activación de instrumentos de protección social como el acceso a centros de atención inmediata, ayudas económicas...

- Se solicitará por la víctima o personas que tengan con ella relación de parentesco o afectividad (según el artículo 153 del Código Penal) y también podrá ser adoptada de oficio por el juez o la jueza.
- Se presentará en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, juzgados (ante el juez o el Ministerio Fiscal) o en Servicios Sociales.



5. RECURSOS



Los servicios sanitarios constituyen uno de los recursos más cercanos a la población en general. Para las mujeres víctimas de violencia, los/as profesionales sociosanitarias/os son un punto de referencia claro al que pueden acceder para solicitar el apoyo y la información que necesitan. Debemos ser conscientes de que el sector de la salud no puede resolver todos los problemas por sí solo, pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

En ocasiones, las y los profesionales que reciben las demandas de mujeres maltratadas esperan que tomen decisiones y las mantengan, que terminen de inmediato con la situación de violencia en la que viven... Olvidamos, quizá por la propia necesidad de ver solucionada cuanto antes esa situación tan grave, que romper con las relaciones violentas, que iniciar una nueva vida, abandonar la casa a pesar de las amenazas, a veces sin recursos y con una salud deteriorada, exige un proceso personal y de tiempo.

Es importante que las mujeres tengan espacios y tiempo para realizar un trabajo personal, para la reflexión, la recuperación y la elaboración de salidas personales. (Nogueiras, Belén, *La violencia en la pareja*).

Las respuestas sensibles en la atención sanitaria pueden incidir en las mujeres y reducir sus sentimientos de aislamiento y culpa. No obstante, los servicios especializados en violencia de género, como el asesoramiento jurídico, el apoyo psicológico y los grupos de autoayuda que prestan las entidades públicas y/o ONG, constituyen otras claves de servicios permanentes que las víctimas necesitan.

Es necesario que en todos los centros de salud se conozcan los recursos existentes en el Área y se mantenga actualizada la información respecto al acceso y uso de estos en cada momento, siendo esta una función principal del trabajo social, en su rol de coordinación sociosanitaria con los recursos del ámbito asistencial. Así mismo, es importante que se establezcan y mantengan contactos con grupos de mujeres y otras instituciones que ofrezcan apoyo a las mujeres que experimentan violencia.

Por todo ello, es especialmente importante la coordinación dentro del Equipo de Atención Primaria para que sea preferentemente la/el profesional de trabajo social quien, conociendo los circuitos y particularidades en el acceso a los recursos en cada momento y la situación de cada mujer, valore los apoyos que pudieran ser necesarios desde el centro sanitario y realice la derivación correspondiente.

Solo desde la sensibilización, el conocimiento de los recursos y la implicación de todos los sectores se podrá dar una respuesta eficaz a la violencia contra las mujeres.

Consideraciones previas

1. La utilización de un recurso no debe ser considerada como fin de la actuación, sino como un medio que permite la consecución de los objetivos propuestos.
2. La información sobre los recursos debe ser veraz, se deberán conocer sus funciones y cometidos específicos y el sistema de acceso, y es fundamental que su uso forme parte de un plan de actuación. En los casos de peligro extremo, la activación del dispositivo de emergencia supone la actividad prioritaria del plan de actuación.
3. La oportunidad de la utilización de un recurso viene dada por el momento en el que se encuentra la mujer y la valoración que el/la profesional realice de la situación. Es necesario tener información previa sobre el recurso al que vamos a derivar y orientar a la mujer sobre su funcionamiento.
4. La derivación conlleva compartir la responsabilidad ante la situación planteada. Para ello se hace necesario establecer los circuitos de coordinación: hacer un seguimiento con la o el profesional que la está tratando y, si es posible, también con ella.
5. Una adecuada derivación debe dejar claro a la mujer las puertas a las que puede dirigirse si nuevas dificultades o situaciones lo hacen necesario. Hay que mostrar interés por saber de ella, transmitirle que vamos a estar allí si nos necesitara.
6. Un instrumento importante para un correcto abordaje de este fenómeno es disponer de una guía de recursos específica en cada centro/servicio sanitario que facilite el conocimiento de las características de dichos recursos.

La derivación significa compartir la responsabilidad con los recursos comunitarios existentes.

5.1 RED CANARIA DE SERVICIOS PÚBLICOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN SOCIAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En la Comunidad Autónoma de Canarias existe una red de apoyo para la atención a las víctimas de violencia de género, con recursos públicos especializados en cada isla destinados a atender, informar, orientar y asesorar en las áreas social, jurídica, psicológica, educativa y laboral, que realiza una intervención integral y multidisciplinar, dirigida tanto a las mujeres como a sus hijos e hijas menores y menores sujetos a su tutela, guarda y custodia, víctimas de violencia de género, así como a otras personas de ellas dependientes.

La Red Canaria de Servicios Públicos Especializados de Atención Social a las Víctimas de Violencia de Género, impulsada por el Instituto Canario de Igualdad y gestionada por los cabildos insulares, proporciona a las víctimas y supervivientes de cualquiera de las manifestaciones o formas de violencia contra las mujeres

(independientemente de que estén en disposición de denunciar o no y de la situación administrativa o procedencia) los siguientes servicios:

- Atención inmediata a través del Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) y acogida temporal en el centro de acogida inmediata (hasta 15 días).
- Alojamiento temporal en una casa de acogida, piso o vivienda tutelada (hasta 12 meses).
- Atención e intervención especializada a través de servicios de información, orientación y asesoramiento, así como de intervención integral y multidisciplinar para la recuperación personal, la integración social y familiar y la reparación del daño.
- Las ayudas económicas que derivan del Fondo Canario de Emergencia Social para las mujeres víctimas de violencia de género y similares.

Los servicios son gratuitos y confidenciales, atienden todas las formas de violencia contra las mujeres y para acceder a ellos no es necesario denunciar.

Es muy importante que en cada Área de Salud se conozcan estos recursos especializados: ubicación, funciones que cumplen, prestaciones que ofrecen, condiciones de acceso, horarios, etc., para ofrecer una información adecuada y completa a la mujer y mantener una coordinación con los mismos.

A continuación se relacionan los servicios que conforman la Red, integrada por servicios de ámbito regional, insular y municipal.

1. RECURSOS DE ATENCIÓN INMEDIATA

Procuran una respuesta inmediata, ágil y eficaz frente a situaciones de emergencia por violencia de género. Están disponibles en toda Canarias las 24 horas del día todo el año.

Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV), a través del teléfono de EMERGENCIAS 112

Servicio de atención telefónica que se integra en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES) 112 del Gobierno de Canarias para dar respuesta a las demandas de emergencia que se producen en el Archipiélago en relación con la violencia de género. Procura una atención coordinada por medio de la activación y la colaboración con el resto de los servicios de emergencia presentes en las salas operativas del CECOES, sanitarios, de seguridad ciudadana y otros, así como con el Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA).

Se dirige a la población general que se encuentre en territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias, y de manera más concreta, a mujeres en situación de violencia de género y a profesionales de los servicios sanitarios, judiciales,

educativos, sociales u otros que puedan alertar.

Para acceder al SAMVV hay que llamar al teléfono de emergencias 112 o contactar a través de la aplicación móvil 112 Canarias. Está adaptado a mujeres con discapacidad auditiva a través del Sistema Online de Mensajería Urgente SOMU. Permite resolver las peticiones de ayuda a través de SMS.

Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA)

Es un servicio de atención permanente disponible en todas las islas, las 24 horas del día, que presta asistencia inmediata, y acogida por un periodo máximo de 96 horas si fuera necesario, a las mujeres y personas que dependan de ellas en circunstancias de emergencia como consecuencia de una situación de violencia de género o en riesgo.

Se activa a través del Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV- CECOES) llamando al teléfono de emergencias 112.

Interviene coordinadamente con los servicios de la isla que en cada caso se requieran: Administración de Justicia (juzgados, fiscalía, institutos de medicina legal y ciencias forenses), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, servicios sanitarios de Atención Primaria, de urgencias u hospitalaria, centros educativos, servicios sociales especializados de infancia y familia, servicios sociales comunitarios, servicios de atención a mujeres o cualquier otro, con la finalidad de dar una respuesta ágil y oportuna.

Tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- Acompañamiento a las mujeres, mediante la personación directa del servicio DEMA en el lugar público acordado para el encuentro con las personas beneficiarias del servicio, como puede ser el centro sanitario.
- Acompañamiento al reconocimiento médico inmediato y apoyo en la realización de las gestiones para la atención sanitaria y/o el ingreso en los centros del Servicio Canario de la Salud.
- Orientación e información sobre las actuaciones a realizar según la situación de violencia sufrida. Entre ellas: información sobre derechos, prestaciones y alternativas, asesoramiento jurídico básico, medidas de protección, trámites de denuncia, derivación a otros recursos, etc.
- Alojamiento temporal inmediato de las mujeres en situación de violencia de género y las personas a su cargo en los Centros de Acogida Inmediata (CAI), sin necesidad de denuncia y como medida de protección si la situación lo requiere.

Centro de Acogida Inmediata

Centro dirigido a la acogida temporal de aquellas mujeres víctimas de violencia de género, junto a los y las menores a su cargo, que precisen abandonar su domicilio habitual para proteger su vida e integridad física o psíquica.

Durante su estancia se les proporciona, además de protección, alojamiento y manutención y una atención integral y especializada (social, jurídica y psicológica). El acceso al CAI se realiza a través del Dispositivo de Emergencias para Mujeres Agredidas (DEMA).

En los casos de feminicidio, presta atención inmediata social, psicológica y/o jurídica, especialmente a los hijos e hijas de la víctima, así como al entorno familiar directo o con especial vinculación con la víctima, siguiendo, en su caso, los protocolos de actuación establecidos al efecto.

Mascarilla-19

Las mujeres que sufren malos tratos o agresión sexual pueden pedir una Mascarilla-19 en la farmacia. El personal farmacéutico llamará al teléfono de emergencias 112.

2. RECURSOS ALOJATIVOS DE ACOGIDA TEMPORAL

En este apartado estaría incluido el CAI, puesto que es un recurso de acogida, pero dado su carácter de inmediatez, se ha incluido en el apartado destinado a los recursos de atención inmediata.

Los recursos alojativos de acogida temporal están en todas las islas. Pueden ser centros de acogida inmediata, casas de acogida o pisos y viviendas tuteladas. Como norma general se accede, previa solicitud, por derivación de los recursos de la Red Canaria de Servicios Públicos Especializados de Atención a Víctimas de Violencia de Género.

Casa de acogida

Centro que presta, durante un tiempo limitado, alojamiento y manutención, además de protección y atención integral, a las mujeres que así lo precisen y a las personas que dependan de ellas, por haber sido víctimas de violencia o encontrarse en situación de riesgo y no puedan retornar a su domicilio habitual.

Se accede a través de la derivación informada de:

- El Centro de Acogida Inmediata (CAI).
- Los servicios sociales o áreas específicas de la mujer de ayuntamientos y cabildos insulares.
- Las entidades colaboradoras (ONG...).

- Los servicios sociales, áreas específicas de la mujer u organismos de igualdad de otras comunidades autónomas.

Pisos tutelados

Viviendas destinadas al alojamiento transitorio de las mujeres que se encuentren en disposición de abandonar la casa de acogida. En ellas se les presta apoyo en las áreas jurídica, psicológica, educativa y laboral, y están destinadas a finalizar el proceso de acogida, facilitando la vida autónoma y la integración social y laboral.

Se accede a través de la derivación informada de:

- Casas de acogida.
- Servicios Sociales o áreas específicas de la mujer de los ayuntamientos y cabildos.
- Entidades colaboradoras (ONG).

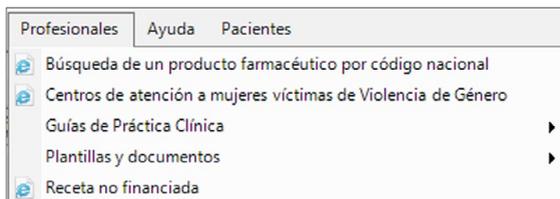
3. RECURSOS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

Son servicios insulares y municipales de atención a mujeres y menores víctimas y supervivientes de violencia de género. Ofrecen información, orientación y asesoramiento en materia de violencia de género, así como atención integral e interdisciplinar en las áreas social, jurídica, psicológica, laboral y educativa.

Se puede contactar con estos servicios por teléfono o correo electrónico.

Se dispone de una página web, www.dalaalarma.com, que ofrece información general sobre los servicios especializados que existen en cada isla, tanto del ámbito insular como municipal, con la dirección y el teléfono correspondiente.

Desde la HCE Drago AP se puede acceder a esta web. Está ubicada en la barra de herramientas, dentro de la carpeta **Profesionales**.



También se puede acceder a la información de los centros de atención a mujeres víctimas de violencia de género en Canarias desde la web del Instituto Canario de Igualdad (ICI). Disponible en:

https://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad/violencia_genero/centros/

5.2 OTROS RECURSOS

1. RECURSOS DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

Su objetivo fundamental es la recepción de denuncias y la intervención en relación con la seguridad de la mujer (valoración del riesgo). Puede acceder de forma directa cualquier persona y funciona las 24 horas del día todos los días del año.

Cuentan con los siguientes servicios especializados en violencia:

- Servicio de Atención a la Familia (SAF- SEAM) – Policía Nacional.
- Unidad de Prevención, Asistencia y Protección a la Víctima (UPAPV) – Policía Nacional.
- Equipo de Mujer y Menores (EMUME) – Guardia Civil.

2. SERVICIO ESTATAL 016 DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Presta información, asesoramiento jurídico y atención psicosocial inmediata, realizada por personal especializado, a todas las formas de violencia contra las mujeres.

Oferta:

- Atención telefónica: 016
- Atención por correo electrónico: 016-online@igualdad.gob.es
- Atención por chat *online*: violenciagenero.igualdad.gob.es
- Atención por WhatsApp: 600 000 016

Características del servicio:

- Gratuito.
- Confidencial.
- Accesible para personas con discapacidad auditiva y/o del habla y baja visión.
- Atención por teléfono (24 horas) en 53 idiomas
- Atención por correo electrónico y chat *online* (24 horas) en 16 idiomas: castellano, catalán, euskera, gallego, valenciano, inglés, francés, alemán, portugués, chino, mandarín, ruso, árabe, rumano, búlgaro, italiano.

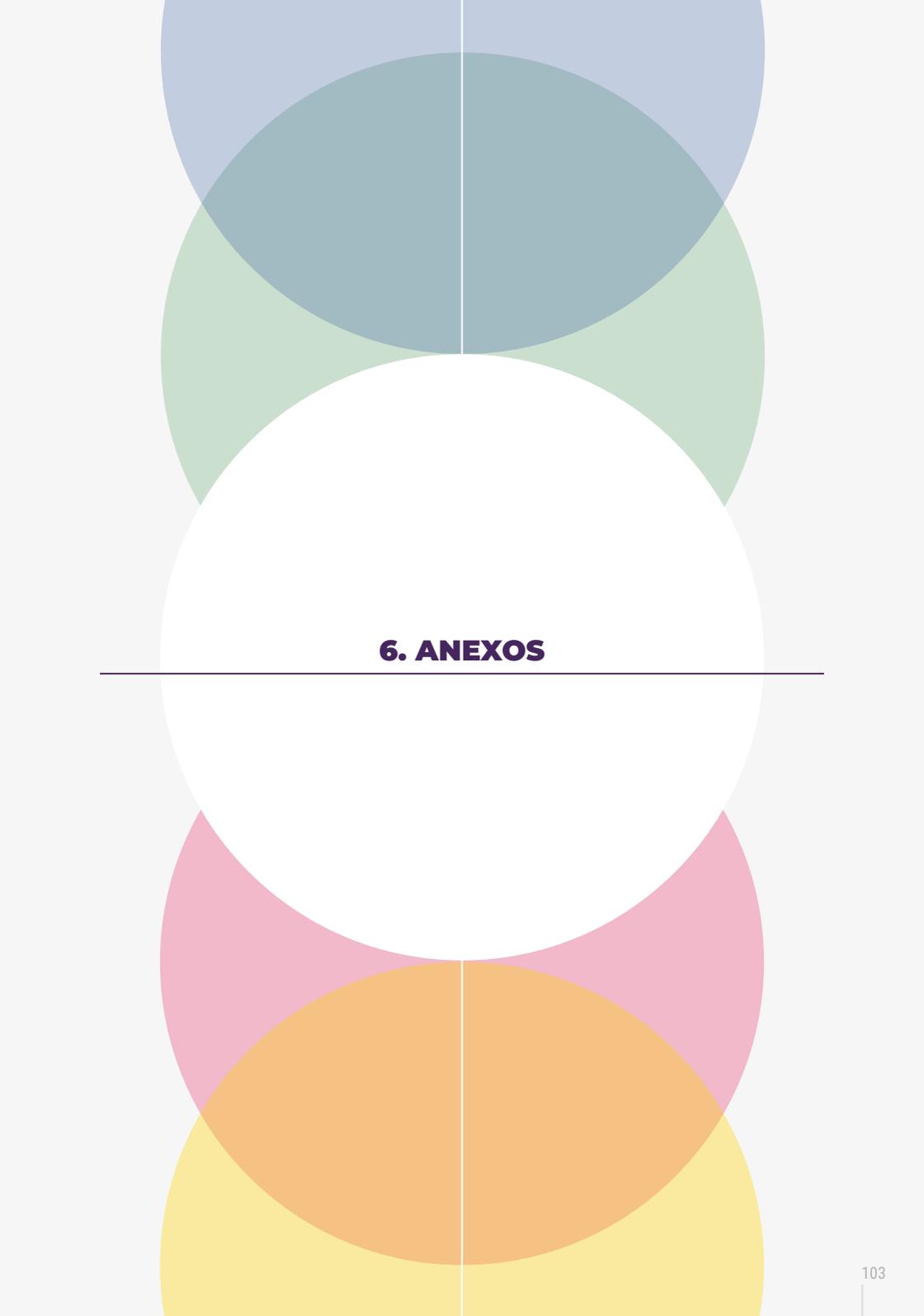
Servicios que presta:

- Información general (24 horas al día, de lunes a domingo).
- Asesoramiento jurídico (de 8 a 22 h, de lunes a domingo).
- Atención psicosocial inmediata para todas las personas que necesiten contención emocional y acompañamiento psicosocial inmediato (24 horas al día, de lunes a domingo). Realizada por personal especializado.

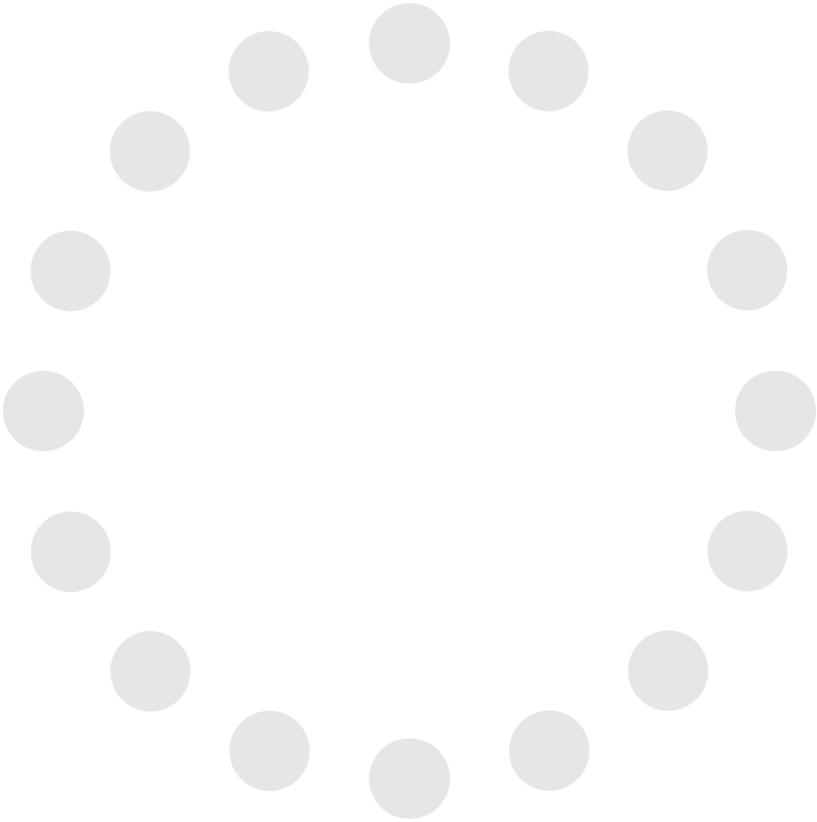
Accesibilidad para personas con discapacidad auditiva y/o del habla:

- SVisual: <http://www.svisual.org>
- Telesor: <https://www.telesor.es>
- WhatsApp: 600 000 016 (este número solo admite WhatsApp, no admite llamadas de teléfono)
- Chat *online*: violenciagenero.igualdad.gob.es
- Correo electrónico: 016-online@igualdad.gob.es
- DTS o teléfono de texto: 900 116 016
- Aplicaciones para teléfonos móviles

Accesibilidad para personas con baja visión: el correo electrónico, su contenido y estructura están adaptados para facilitar su utilización por personas con limitaciones en la visión.



6. ANEXOS



ANEXO 1. EL PARTE DE LESIONES EN LA HCE DRAGO AP

*	Lesiones presuntamente producidas por:	?	VIOLENCIA DE GENERO	M
*	Tipos de violencia de género	?		M
*	Descripción de los Hechos, según refiere (Indicar cómo han sucedido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la persona lesionada)	..		
	Persona Agresora			
*	Conocida		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	No aporta información		<input type="checkbox"/>	
	Lesiones que presenta (número, tipo, localización, forma, tamaño, disposición, aspecto y data de las mismas)			
*	Descripción de las lesiones que presenta	..		
	Lesiones cutáneas			M
	Lesiones músculo esqueléticas			M
	Lesiones			M
	Zonas de lesión			M
	Se observan lesiones antiguas	?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Se observan lesiones de distintas datas		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	¿Se han usado armas u objetos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Estado Emocional			
	Manifestaciones psíquicas			M
	Manifestaciones somáticas			M
	Observaciones Estado Emocional	..		
	Otros datos	..		
*	Discapacidad		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Embarazo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Menores a su cargo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	En relación a la seguridad se siente			M
	Observaciones Otros datos	..		
	Pruebas Complementarias Realizadas			M
	Observaciones Pruebas complementarias realizadas	..		

*	Diagnóstico y Medidas Terapéuticas	..		
*	M. Profilácticas		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Tratamiento Farmacológico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Curas locales		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Tratamiento quirúrgico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Otros: especificar	..		
	Observaciones Diagnóstico y Medidas terapéuticas	..		
	Tratamiento y Seguimiento tras Asistencia			
*	Requiere Tratamiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*	Requiere Seguimiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Observaciones al tratamiento y seguimiento	..		
	Plan de actuación			
*	Destino			
*	Derivaciones para Seguimiento y Asesoramiento			M
	Observaciones al plan de actuación	..		
	Recursos que se activan			
	Emergencias (112)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Otros recursos (especificar)	..		
	Observaciones Parte Lesiones	..		

ANEXO 2. OFICIO DE NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA (disponible en Drago AP)

DATOS DEL INFORMANTE (profesional que asistió a la o el menor)

NOMBRE APELLIDOS

CENTRO DE TRABAJO

PROFESIÓN

TELÉFONO DE CONTACTO

DATOS DE LA MENOR

NOMBRE APELLIDOS

SEXO EDAD FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN LOCALIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADORA DE HECHO

TELÉFONO DE CONTACTO

PERSONA CON LA QUE ACUDE

NOMBRE APELLIDOS DNI

DIRECCIÓN LOCALIDAD

TELÉFONO DE CONTACTO

PARENTESCO CON EL/LA MENOR

MOTIVO DEL INFORME

.....

.....

.....

.....

.....

SE EMITIÓ PARTE DE LESIONES SI NO

ANEXO 3. DOCUMENTO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

El modelo a utilizar es el recogido en la Instrucción 12/16, del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se adoptan las medidas necesarias para la implantación en el SCS del informe social y del documento de coordinación socio sanitaria en el ámbito asistencial.



DOCUMENTO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre y Apellidos:
Fecha Nacimiento:
DNI/NIE/Pasaporte:
NASC:
CIP:
Domicilio:
Municipio:
Provincia:
Teléfono/s:

DISPOSITIVO DESDE EL QUE SE EMITE (Denominación del dispositivo desde el que se emite)

Dispositivo:
Emitado por:
Fecha:

DISPOSITIVO AL QUE SE REMITE:

- Dispositivos Sanitarios Públicos.**
 - Atención Primaria. Especificar
 - Atención Especializada. Especificar
 - Dispositivos Sanitarios Concertados con el SCS. Especificar
- Dispositivos del Sistema Educativo**
 - Públicos. Especificar
 - Concertados. Especificar
 - Privados. Especificar
- Dispositivos del Sistema de Pensiones.** Especificar
- Dispositivos de Servicios Sociales:**
 - Públicos. Especificar
 - Concertados. Especificar
 - Privados. Especificar
- Dispositivos de Servicios Sociosanitarios:**
 - Públicos. Especificar
 - Concertados. Especificar
 - Privados. Especificar
- Otros dispositivos** (Justicia, empleo, cultura, deportes, etc.). Especificar
- Entidades y Organizaciones Sociales.** Especificar

MOTIVO (Breve descripción de la situación que se plantea y la demanda que se presenta)

OBSERVACIONES (Intervenciones realizadas o en curso, etc.)

Firma

ANEXO 4. COMUNICACIÓN A LA FISCALÍA

Según establecen la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) y el Artículo 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal (EOMF), Art. 5, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial (antes de que llegue al juez o la jueza correspondiente la denuncia), incoar diligencias de investigación o preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

En el *Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias* quedan recogidas, entre otras, las actuaciones de la Fiscalía referidas anteriormente en el EOMF, y para el ámbito sanitario se especifica:

*En los casos en que la mujer no reconoce sufrir violencia de género y el personal sanitario tenga **fundadas sospechas** de encontrarse ante una situación de violencia de género y no exista constatación clara del origen de las lesiones como para emitir el correspondiente parte, la Fiscalía puede ser un recurso útil para los y las profesionales de la salud, ya que la misma podría ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos.*

Dando cumplimiento a estas actuaciones, los y las profesionales de los centros sanitarios que detecten situaciones de fundada sospecha de violencia de género, bien por existir indicadores de sospecha objetivables y/o por detectar que puede existir un riesgo y la mujer no lo reconoce, pueden comunicarlo a la Fiscalía Provincial contra la violencia a la mujer para la investigación de la posible situación de maltrato que no ha sido denunciada, en aras además de incentivar la protección preprocesal a la mujer, sus hijas e hijos en los supuestos en que estas no quieran o no puedan denunciar.

A continuación se presenta el modelo tipo de comunicación a enviar a la Fiscalía Provincial contra la violencia a la mujer que proceda, según la ubicación geográfica del centro sanitario. Se puede acceder al mismo, para su cumplimentación y registro, en la ventana **Informes** de la barra de herramientas de la Historia Clínica Electrónica de Drago AP.

En el apartado de datos básicos, que fundamentan la posible existencia de violencia de género, se deben exponer de forma exhaustiva todos aquellos indicadores de sospecha, antecedentes, signos, síntomas, actitudes, información recabada, datos etc., así como intervenciones o seguimientos realizados. Es importante comunicar también si la mujer presenta alguna situación de especial vulnerabilidad.

La comunicación será enviada mediante correo electrónico a las siguientes direcciones:

- **Fiscalía Provincial de Las Palmas:**
figub.lpa@justiciaencanarias.org
- **Fiscalía Provincial de Santa Cruz de Tenerife**
viogenfiscaliatenerife@justiciaencanarias.org
- **Fiscalía de Área de Arrecife-Puerto del Rosario**
fi.arreproario@justiciaencanarias.org

COMUNICACIÓN A LA FISCALÍA
POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Datos del profesional:

Nombre y Apellidos:
Centro Sanitario:
Perfil profesional: medicina enfermería matrona trabajo social
Nº de colegiación:

Datos personales de la mujer:

Nombre y apellidos:
Domicilio:
Fecha de nacimiento:
Teléfono contacto:

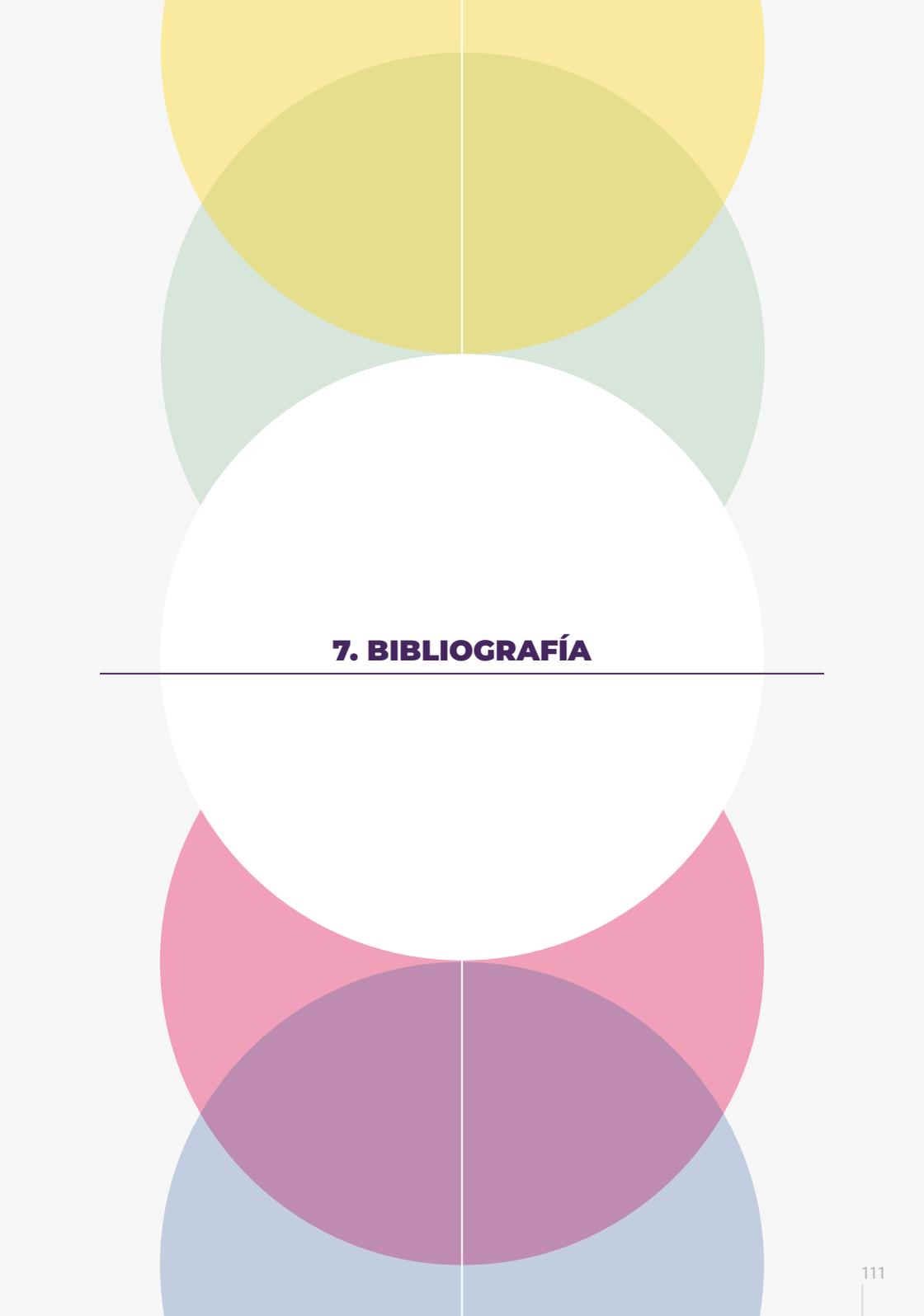
Datos QUE FUNDAMENTAN la posible existencia de violencia de género.

Se adjuntan informes clínicos, por otras asistencias prestadas a la mujer, que pueden ser relevantes para la autoridad judicial y que fundamentan la sospecha. (Reseñar los que procedan).

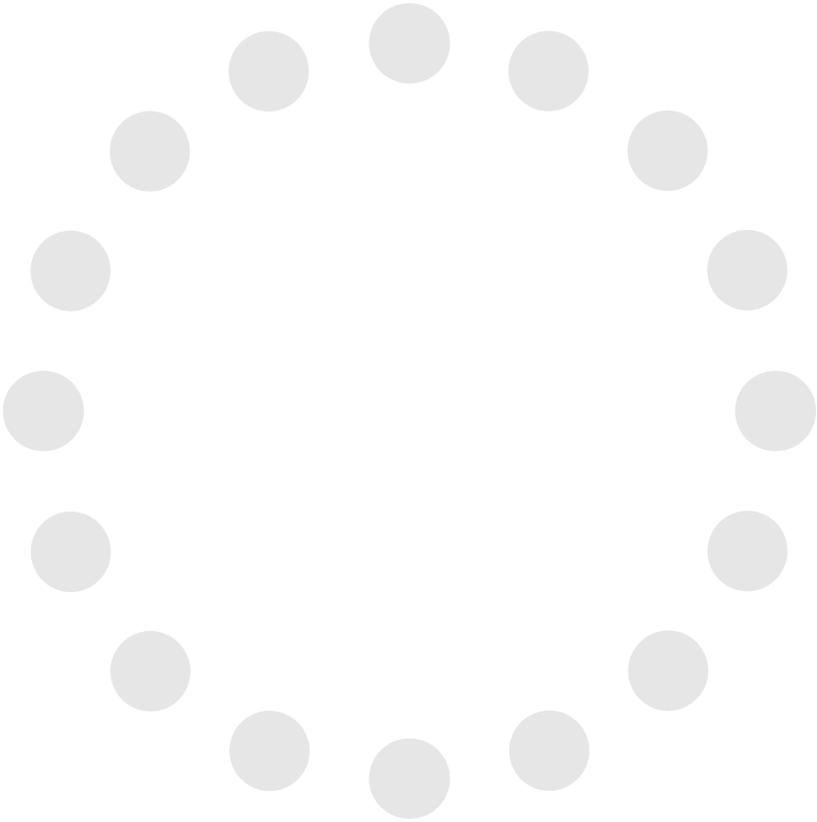
-
-
-

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

Firmado en _____, a _____ de _____ de



7. BIBLIOGRAFÍA



Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Diciembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286>

Comisión contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2012.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica de 2011 (Convenio de Estambul).
<https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, Instituto Canario de la Mujer: *La Violencia de Género y la Salud: Manual y Unidades Didácticas para la Sensibilización y la Prevención*. Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias, 2001.

Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Madrid, 2019.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf

Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Castilla León, 2017, actualizada en 2019.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero.ficheros/958126-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero.pdf>

Informe de la OMS *La violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas*.
<https://www.who.int/es/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->

Informe de Naciones Unidas sobre homicidios (UNODC 2019).
https://www.unodc.org/documents/ropan/2021/HOMICIOS_EN_ESPANOL.pdf

Instituto Canario de Igualdad. *Guía Red de apoyo sobre los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de Género*. 2020
<http://www.gobiernodecanarias.org/iciigualdad/>

Instituto Canario de Igualdad. *Diagnóstico sobre mujeres con discapacidad y violencia de género en Canarias*. 2022
<http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/>

Instituto de la Mujer. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.
<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/3Atencsocio-sanitaria.pdf>

Instrucción n.º 4/19 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece y regula el Modelo de Parte de Lesiones para la Comunicación al juzgado de la Asistencia Sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito.
https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6a8d1563-6111-11e9-b296-ebad9671d59b/Instruccion_4_19.pdf

Instrucción 12/16, del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se adoptan las medidas necesarias para la implantación en el SCS del informe social y del documento de coordinación sociosanitaria en el ámbito asistencial.
https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/72469ae5-79b5-11e6-9665-7dda1026eb62/Instruccion_12_16.pdf

Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio Sanidad. Diciembre, 2021.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

Jáuregui Balenciaga, Inmaculada. *Mujer y violencia. Nómadas*. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, vol. 13, núm. 1, 2006
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18153296001>

Jiménez Casado, C; Lorente Acosta, Miguel. *Violencia contra las mujeres, ámbito sanitario*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE de 28 de diciembre de 2004.
<http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Ministerio de Igualdad, 2020.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

Manual *El Parte de Lesiones*. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales, 2022.
https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f634e385-041c-11ed-919d-dd0d6f465f84/Manual_Parte_de_Lesiones.pdf

Martínez Ortega, Rosa M^a; Rubiales Paredes, María Dolores; Coghén Viguera, Isabel (rev); León González, Sara (rec). *Atención y cuidados profesionales a mujeres víctimas de violencia de género*. Editorial Fundación para el desarrollo de la enfermería. Edición 2019

Materiales didácticos para la formación en el *Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el ámbito doméstico*. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Gobierno de Canarias, 2010.

Menores y violencia de género. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, 2020.

Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. OMS/OPS, 1998

Pacto de Estado contra la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Gobierno de España, 2017

Pichiule C. M. et al. *Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general*. Gac Sanit vol.34 no.6 Barcelona nov./dic. 2020. Epub 05-Jul-2021.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.006>

Plazaola Castaño, J.; Ruiz Pérez. I.; Escribà Aguir V. y Jiménez Martín, J. M. *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*. Observatorio de Salud de las Mujeres, 2006.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf

Plazaola Castaño, Juncal; Ruiz Pérez, Isabel y Hernández-Torres, Elisa. *Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España*. Gac San. 2008; 5(22) 415-420.

Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el ámbito doméstico. Servicio Canario de la Salud. Dirección General Programas Asistenciales. Gobierno de Canarias, 2003.

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c193e2c2-ed3f-11dd-958f-c50709d677ea/Violencia_de_Genero.pdf

Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Gobierno de Canarias, diciembre 2020.

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3b96507b-6aba-11eb-8314-f34dfa241d03/SCS_protocolo_sexual.pdf

Protocolo de Actuación y coordinación en casos de Violencia de Género en la Red de Atención a las adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Canarias, agosto 2020

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/29e23dfa-12b7-11eb-b948-b1fff5da3bc9/PROTOCOLO__VIOLENCIA_GENERO.pdf

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 3ª Edición. 2020

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf

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. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de la Infancia, 2014.

Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. 2ª edición. 2020. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención a las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias.

https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/violencia/protocolo_interinstitucional_victimas_de_violencia_2018.pdf

Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. *Prevención de la violencia: una prioridad en salud pública*. Ginebra: OMS, 1996.

Resolución de 28 de julio de 2021, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de julio de 2021, por el que se aprueba el Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género.

[https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/28/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/28/(3))

Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud. CAMFIC. Barcelona, 2013.

Rodríguez Alemán, Alejandra. *Sinhogarismo femenino y violencia de género desde una perspectiva interseccional en Canarias.* Revista Internacional de Ciencias Sociales Interdisciplinarias, 2022.

Ruiz Pérez, Isabel; Jiménez Rodrigo M. L.; Bermúdez Tamayo, C.; Plazaola Castaño, Juncal. *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual.* OSM, 2006.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf

Sainz de Andueza, M. Tesis doctoral: *Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha.* Universidad de Valladolid, 2018.

<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30232>

San Segundo Manuel, Teresa; Lorente Acosta, M. et al. *A vueltas con la violencia: una aproximación multidisciplinar a la violencia de género.* Editorial Tecnos, 2015.

Universidad Complutense de Madrid, 2021. *Así es la violencia vicaria, la expresión más cruel de la Violencia de Género.*

<https://www.ucm.es/otri/noticias-violencia-vicaria-ucm>

Walker, L. E. *The battered woman.* Editorial Harper and Row, 1979.

DESCARGA AQUÍ EL
PROTOCOLO ÍNTEGRO

