

Guía de práctica clínica sobre violencia
contra las mujeres en la pareja

©Junta de Castilla y León
Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Depósito Legal:

Imprime:

**Guía de práctica clínica sobre violencia
contra las mujeres en la pareja**
(Edición resumida)

Autoría

Rosa Teresa Calvo Martínez.

Médica de familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Lourdes Cinos Ramos.

Médica de familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca

Ana Cuellas Ramón.

Matrona. Centro de Salud de Ponferrada I. Ponferrada.(León).

M^a del Carmen Fernández Alonso

Médica de Familia. Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Dirección General de Planificación, Coordinación, Ordenación y Formación. Valladolid.

M^a Mar González Fernández-Conde.

Enfermera. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

M^a Ángeles Guzmán Fernández

Enfermera. Servicio de Programas Asistenciales. Dirección Técnica de Atención Primaria. Valladolid

M^a Ángeles Rasillo Rodríguez

Socióloga. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Valladolid

Modesto Rey Novoa

Ginecólogo. S. de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos

Ana San José Díez

Psicóloga. Gerencia de Atención Primaria. Segovia.

Susana Sánchez Ramón

Médica. Servicio de Urgencias del H.U. Río Hortega. Valladolid.

Coordinación

M^a del Carmen Fernández Alonso.

Médica de Familia. S^o de Coordinación Sociosanitaria. DGPCO y F. Valladolid.

M^a Ángeles Guzmán Fernández.

Enfermera. S^o Programas Asistenciales. DTAP. Valladolid

Servicio de Programas Asistenciales.

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
1. JUSTIFICACION.....	11
2. DEFINICIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA.....	13
3. EPIDEMIOLOGÍA.....	15
4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.....	17
5. DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	19
6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	23
6.1. Prevención primaria.....	23
6.1.1. Educación para la salud.....	24
6.1.2. Identificación de personas con riesgo de sufrir o infligir malos tratos.....	24
6.1.3. Identificar situaciones que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad.....	24
6.2. Prevención secundaria. Detección precoz.....	25
6.2.1. Cribado.....	25
6.2.2. Entrevista clínica.....	28
6.3. Prevención terciaria. Actuación tras el diagnóstico.....	31
6.3.1. Marco de actuación.....	31
6.3.2. Valoración básica.....	32
6.3.3. Valoración del riesgo.....	32
7. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL.....	39
7.1. Motivo y momento de la derivación.....	39
7.2. Criterios de derivación a Salud Mental.....	40
8. MALTRATO EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.....	43
8.1. Maltrato y embarazo.....	43
8.2. Maltrato y discapacidad.....	44
8.3. Maltrato en mujeres del medio rural.....	46
8.4. Maltrato en mujeres extranjeras inmigrantes.....	47
9. ASPECTOS ÉTICOS Y OBLIGACIONES LEGALES A VALORAR EN LA TOMA DE DECISIONES ANTE UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS.....	49
El parte judicial o parte de lesiones.....	49
10. ANEXOS.....	53
Anexo I. Servicio de cribado y atención a las mujeres víctimas de violencia de género en AP.....	53
Anexo II. Mapa de recursos contra la violencia de género.....	57
11. BIBLIOGRAFÍA.....	61

PRESENTACIÓN

La violencia de género, tienen graves consecuencias para la salud de las mujeres que la padecen y de sus hijos e hijas, razón que justifica la intervención del sistema sanitario mediante un abordaje integral y que ha llevado al reconocimiento de la violencia de género como problema de salud pública de primer orden por la Organización Mundial de la Salud, y a la puesta en marcha de planes de actuación específicos en un elevado número de países.

La prevención y la atención a las mujeres víctimas de violencia de género es también un problema social, con raíces culturales y educativas y, por tanto, requiere de intervenciones multidisciplinares, integradas y coordinadas. Los servicios de salud juegan, en este sentido, un papel de extraordinaria importancia porque, a menudo, constituyen la primera y a veces la única oportunidad para detectar a tiempo su existencia y fijar un plan de atención junto con los recursos sociosanitarios disponibles.

Por este motivo la Comunidad Autónoma de Castilla y León ha puesto en marcha el I y II Plan Regional contra la Violencia de Género, que han sido aprobados a través de los Decretos 29/2002 y 2/2007, considerando su abordaje un objetivo estratégico de primera magnitud.

En el año 2007 los servicios sanitarios de Castilla y León decidieron incorporarlo a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, mediante la detección sistemática a todas las mujeres mayores de 14 años, la identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad y la valoración y canalización de las necesidades y demandas.

Su abordaje es muy complejo y requiere un esfuerzo de formación importante, así como recomendaciones claras y concisas dirigidas a los profesionales de los servicios sanitarios.

A través de esta guía se pretende mejorar el conocimiento de los profesionales, mediante intervenciones más adaptadas y estrategias de prevención o protección más seguras.

La Guía incluye en sus diferentes apartados, desde las estrategias de detección precoz y de intervención en Atención Primaria hasta los aspectos éticos y obligaciones legales de los profesionales, pasando por los criterios de derivación a los recursos sanitarios o sociosanitarios de apoyo o las situaciones especiales de violencia de género (en mujeres embarazadas, en inmigrantes o en discapacitadas). Se definen en Anexos, los criterios de calidad relacionados con las intervenciones incluidas en la cartera de servicios de Atención Primaria.

La Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja promueve, ante todo, una actitud activa, de alerta, y una sensibilización frente a este problema de salud.

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

Francisco Javier Álvarez Guisasola.
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

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

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

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

Esta guía-resumen con un contenido eminentemente práctico tiene como objetivo orientar a los y las profesionales en su actuación ante las víctimas de violencia, proporcionando una cierta homogeneidad en las pautas de intervención, en la detección, en la atención tras el diagnóstico, en los criterios de derivación y actividades de registro y codificación y, aunque puede ser útil para los profesionales de cualquier nivel sanitario, está dirigida a los profesionales de Atención Primaria.

Su formato simple y su brevedad permiten su uso como guía de bolsillo, útil sobre todo para profesionales que se inician en la atención al maltrato.

La violencia de género (VG) fue definida por la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1993) como “todo acto de violencia que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”.

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

La violencia contra las mujeres en la pareja tiene especial importancia por:

- Su significado: se produce en el hogar, un lugar que se supone seguro y por la persona a la que unen o han unido relaciones de afecto.
- Su alta prevalencia.
- Sus consecuencias en la salud de la víctima y de sus hijos e hijas.

Entendemos por **violencia contra las mujeres en la pareja**, aquellas agresiones o conductas violentas que se producen en el ámbito privado, en el que el agresor tiene o ha tenido una relación afectiva con la víctima, y tiene como fin el sometimiento de la mujer. Se inicia generalmente en los estadios precoces de una relación con conductas de control y maltrato de baja intensidad difícilmente identificables por la víctima, y evoluciona progresivamente hacia conductas mas violentas y frecuentes que menoscaban la integridad de la mujer a nivel físico, psicológico y social.

Es la más frecuente de las expresiones de la violencia de género, y también la más oculta y tolerada en razón a la privacidad del contexto donde tiene lugar.

Tipos de Violencia

- I. Psicológica:** Actos que atentan contra la dignidad de las mujeres como: insultos, humillaciones, desprecios, amenazas (de muerte, de abandono, de agresión, de separación de los sus hijos e hijas,...), acoso, control de movimientos, manipulación emocional, hacerle sentir culpable, impedirle tomar decisiones, controlarle el dinero, impedir su desarrollo profesional, ridiculizar sus ideas y creencias, menospreciar a las personas u objetos queridos por ella.

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

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

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

El estudio realizado por la OMS "Estudio multipaíses sobre salud de la mujer y violencia doméstica" (García Moreno C. 2005), encuentra cifras de violencia física: 13-61%, de maltrato psicológico 20-75% y de violencia sexual: 6-59%; como se puede observar con grandes diferencias de unos países a otros. En España la prevalencia es desconocida aunque varias encuestas poblacionales realizadas en años diferentes, nos dan una idea de la extensión de este problema. (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006). Entre el 9,2 y el 7,16% de las mujeres mayores de 18 años encuestadas presentaban criterios técnicos de violencia de pareja. En Castilla y León, los datos de estas macroencuestas superaron las de la media nacional: 12,7% (1999) y 10,27% (2006). Si extrapolamos estos resultados, supondría que más de 100.000 mujeres en Castilla y León, tendrían criterios técnicos de maltrato, aunque en muchos casos no lo identifiquen como tal. En un reciente estudio transversal (11.475 mujeres) de todo el estado encuentran que el 24,8% (23,4% – 26,3%) de las mujeres encuestadas refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida.

Los datos obtenidos en estudios con mujeres que acuden a consulta de atención primaria por cualquier motivo aportan cifras que duplican o triplican las obtenidas en las encuestas poblacionales, tanto en estudios internacionales como nacionales (Richardson J, 2002, Ruiz Pérez I, 2010, F Bradley, 2002); sin embargo el nivel de detección es muy bajo, y se estima que se conoce menos de un 10% de lo que realmente existe.

Tabla 1. Consecuencias para la salud del maltrato

CONSECUENCIAS FATALES

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

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, ... que pueden producir discapacidad.
- Deterioro funcional.
- Peor percepción de su estado de salud.

CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD:

- Dolor crónico.
- Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, raquialgias, dolor torácico).
- Síndrome de intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales.
- Quejas somáticas.

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

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

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

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

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJAS, HIJOS Y CONVIVIENTES

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

5.1. DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN

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

El sistema sanitario es un lugar idóneo para la detección precoz y la intervención con mujeres en situación de maltrato, y la atención primaria está en una situación privilegiada para ello.

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

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

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

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

El profesional no pregunta por

- Temor a molestar a la mujer e invadir su intimidad.
- Dificultad para hacer este tipo de preguntas a la mujer.
- No saber como tratarlo una vez detectado.
- Dudas de que el sistema pueda ofrecerle una solución a estos problemas.
- Inseguridad/incomodidad ante las reacciones de la víctima.
- Dudas respecto a la veracidad del testimonio de la mujer.
- Falta de tiempo en la consulta.
- Temor a implicarse demasiado.
- Insuficiente preparación para abordarlo.

La mujer no revela la situación de maltrato por

- Falta de reconocimiento del abuso.
- Esperanza en que la situación cambie.
- Miedo a represalias en ellas o en sus hijos.
- Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa.
- Situación psicológica de la mujer.
- Tolerancia a los comportamientos violentos.
- Dependencia psicológica y/o económica de la mujer respecto a su pareja.
- Sentimientos de ambivalencia o inseguridad.
- Miedo al sistema judicial.
- No saber a quien dirigirse o a qué servicios acudir.
- Falta de apoyo familiar, social o económico.
- Miedo a que no se respete la confidencialidad.
- Valores y creencias culturales y religiosos.

Además de las razones expuestas anteriormente, probablemente están influyendo otras como falsas creencias y prejuicios que minimizan los efectos de la violencia y así como la consideración, hasta hace poco tiempo, de que la intervención en cuestiones de violencia (salvo cuando existen lesiones físicas) es un tema que concierne a la ley y a los servicios sociales.

Dificultades relacionadas con las víctimas

En las primeras fases es frecuente la falta de reconocimiento del abuso. Más adelante, aunque la mujer sea consciente del maltrato, es habitual que muestre resistencias a comentar su situación con el profesional sanitario. Las razones tienen que ver con la esperanza de que la situación cambie, sentimientos de vergüenza y la sensación de fracaso y culpa. Otras de las razones pueden ser el miedo a posibles represalias del agresor hacia ella, hacia los hijos e hijas, a no saber de que vivir o a donde ir; miedo al sistema judicial, a que la confidencialidad o sus decisiones no sean respetadas. La propia dinámica del maltrato provoca en las víctimas desestabilización, confusión, y ambivalencia respecto a los sentimientos hacia el agresor. Esta ambivalencia resulta difícil de comprender para un profesional que desconozca el proceso de génesis y mantenimiento de la violencia en la pareja y puede ser causa de errores en el abordaje del problema.

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

5.2 EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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

Del mismo modo, los planes de actuación de la Comunidad de Castilla y León (I y II Plan Contra la Violencia de Género) y el Decreto 2/2007 de 12 de Enero 2007 (B.O.C.Y.L 17 de Enero 2007) lo contemplaron entre sus objetivos. En ese mis-

mo año los servicios sanitarios de Castilla y León decidieron incorporarlo a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, incluyendo la detección sistemática a todas las mujeres mayores de 14 años, la identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad, la valoración y la canalización de las necesidades y demandas (Anexo I).

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

- ¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia?
- ¿Qué se puede hacer para detectar precozmente?
- ¿Qué hacer para, detectado el problema, minimizar sus consecuencias?

Para ello es especialmente necesaria una *atención integral y un abordaje integrado y coordinado entre profesionales, niveles asistenciales y sectores*, es decir, que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que además contemple una estrategia sustentada en cuatro ejes de intervención.

1. Prevención primaria
2. Prevención secundaria: diagnóstico precoz.
3. Prevención terciaria: intervención ante el caso detectado.
 - En el campo social, sanitario, psicológico y judicial.
 - Prever las condiciones y poner los recursos para el éxito de la intervención.
 - Puesta en marcha, seguimiento y evaluación de la intervención.
- 4.- Adaptación de las intervenciones a los diferentes contextos de actuación.

6.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

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

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

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

6.1.1. Intervenciones educativas: Educación para la salud

Contribuir a través de la educación para la salud a sensibilizar y prevenir el maltrato en programas de salud como la atención al embarazo, la atención al joven y adolescente, educación grupal a personas con malestar psicológico, grupos de cuidadoras y cuidadores familiares, etc., a través de la identificación de conductas de control y de la mejora de la autoestima, el fomento de la autoconfianza y la autonomía personal de las mujeres.

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

- Mujeres en riesgo de sufrir maltrato: La violencia de género ocurre en mujeres de cualquier edad, en todas las culturas, cualquier nivel económico y educativo, por tanto, *no existe un perfil de mujer maltratada*, aunque podemos encontrar factores que aumentan la vulnerabilidad y otros que se asocian con mayor frecuencia a situaciones de maltrato según reflejan diferentes estudios realizados al respecto. Los factores más frecuentes se exponen en la tabla 3.
- Hombres en riesgo de maltratar: los tres factores, que según algunos estudios, se relacionan más frecuentemente con conductas maltratantes son: haber vivido situaciones de violencia en su familia de origen, desempleo o empleo intermitente y alcoholismo (tabla 3). (Kyriacou D.N. 1999).
- Niños y niñas con riesgo de ser testigos o víctimas de violencia.

6.1.3. Identificar situaciones que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad

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

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

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

Factores asociados a ser mujer maltratada

- Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen.
- Bajo nivel cultural.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima.
- Sumisión y dependencia.
- Embarazo.
- Desequilibrio de poder en la pareja.
- Consumo de alcohol o drogas.

Factores asociados a ser maltratador

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

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

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

6.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA. DETECCIÓN PRECOZ.

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

6.2.1.- Cribado

En el momento actual existe un intenso debate respecto a si recomendar o no el cribado poblacional ante la violencia contra la mujer por su pareja.

En cualquier caso conviene conocer que, aunque no haya unanimidad respecto a la recomendación de hacer o no hacer cribado poblacional en atención primaria, sí existe acuerdo en los diferentes grupos de expertos y sociedades científicas en aconsejar al personal sanitario estar alerta ante la posibilidad de maltrato y ser capaces de reconocer signos o indicadores de sospecha del mismo (tabla 4).

RAZONES QUE APOYAN EL CRIBADO POBLACIONAL

Las razones que apoyan investigar sistemáticamente en toda mujer la posibilidad de maltrato son: la alta prevalencia de la violencia de género, las graves consecuencias, el bajo diagnóstico, el que hoy no es posible definir una población de riesgo, la dificultad para la detección del maltrato psicológico, y en menor medida del físico sin preguntar específicamente, buena aceptabilidad por la mujer, coste asumible y beneficios esperados superiores a los posibles efectos adversos.

Tabla 4. Signos y señales de alerta de maltrato

1. Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones cuando encontremos:

- a. Discrepancias entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos o ante consultas reiteradas de urgencia por lesiones atribuidas a accidentes fortuitos.
- b. No existen lesiones físicas patognomónicas de maltrato pero sí hay lesiones que sugieren esa posibilidad. *Características de las lesiones:*
 - Suelen ser bilaterales y más frecuentes en cabeza, cuello, tórax y abdomen, siguiendo un patrón central.
 - Lesiones sugestivas: rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda.
 - Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fracturas de los antebrazos, hematomas en región dorsal que obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara o tórax.
 - Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula.
 - Desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente, rotura timpánica (bofetón).
 - Lesiones antiguas: cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas
 - En gestantes: las lesiones pueden localizarse en abdomen, en mamas y área genital.
 - Investigar signos de agresión sexual en mujeres con agresiones físicas.

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

- a. Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.
- b. Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, agitación, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático.

3. Otros signos y señales de maltrato son:

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

4. Actitud del cónyuge:

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

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

Se debe tener en cuenta que la mujer víctima del maltrato:

- Puede tratar de ocultar lesiones.
- Es frecuente la demora en la solicitud de asistencia.
- Puede haber sido advertida o amenazada por su agresor para que no solicite atención médica.
- Puede sentirse avergonzada o humillada; llegar a convencerse de que sus lesiones no son tan graves y no comunicar ni admitir la existencia de una agresión en un intento de proteger a la familia.

Estas razones han determinado que el sistema sanitario de Castilla y León optara por incluir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la anamnesis sistemática a las mujeres mayores de 14 años orientada a hacer una detección precoz activa.

En cuanto a instrumentos de cribado, tampoco existe acuerdo respecto a recomendar el uso de un determinado cuestionario, a pesar de haber sido utilizados diversos modelos, alguno de ellos validado, por lo que en general, se aconseja preguntar en el curso de la entrevista clínica y se sugieren algunas preguntas facilitadoras que pueden ayudar en la anamnesis.

6.2.2. La entrevista clínica para la detección de maltrato

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

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones, pero no tomarlas por ella.
- Alertar a la mujer de los riesgos que corre y aceptar su elección.

Respecto a cómo preguntar, se aconseja introducir alguna pregunta rutinaria exploratoria de problemas psicosociales, y avanzar de forma gradual, hacia la pregunta directa sobre maltrato. En todo caso las preguntas y la entrevista se adaptarán a la persona y a la situación concreta que estamos abordando. Cuando existen lesiones sugestivas de maltrato, se puede ser más directo en el interrogatorio. En las tablas 5 y 6 se presentan algunas preguntas orientativas, que pueden ayudar a los y las profesionales en la entrevista.

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

Tabla 5.-Preguntas facilitadoras

1. Se proponen de modo orientativo las siguientes:

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

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

- *“La violencia en la vida de la mujer es un problema desgraciadamente frecuente, y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de su pareja, algún familiar u otra persona. Si ese fuera su caso, podría contar con nosotros para intentar solucionarlo”*
- *“Ya sabe que ahora se habla mucho de malos tratos, es un problema muy común y puede ser muy grave. ¿Ha sufrido usted una situación así? Si responde NO: Me dice que ahora no le pasa, pero si alguna vez esto le ocurriera, no dude en contar con nosotras, este es un problema que les pasa a muchas mujeres y que les puede afectar gravemente a su salud y causar mucho sufrimiento, por eso nosotros los sanitarios preguntamos a menudo a nuestras pacientes por ello”.*
- *“Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, y como sabe, hoy está considerado como un grave delito ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?”*

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

Actitudes a evitar en la entrevista

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

Tabla 6.-Otras preguntas facilitadoras para explorar aspectos específicos

Violencia psicológica

- ¿Tiene hacia usted conductas contradictorias que la desconciertan, como elogiarla o insultarla alternativamente?
- ¿Le insulta?, ¿le dice que está loca, que no vale para nada, que es una inútil?
- ¿Le infantiliza, le trata como a una niña, le impide decidir?, ¿Le amenaza con quitarle los hijos si le abandona?
- ¿Le obliga a consultarle todo cuanto hace?, ¿Le ignora? ¿Pasa días sin dirigirle la palabra?
- ¿Le culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le desautoriza frente a sus hijos/as, empleados, etc? ¿Le ridiculiza frente amigos o familiares?
- ¿Le controla las llamadas telefónicas?, ¿Abre sus cartas o revisa sus cosas?
- ¿Rompe sus objetos queridos o pertenencias?

Valoración del riesgo de suicidio

- ¿Ha tenido deseo en algún momento de tirar la toalla, de desaparecer?
- ¿Ha pensado alguna vez que desearía estar muerta para dejar de tener problemas?
- ¿Ha pensado en quitarse la vida?, ¿Con que frecuencia?, ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?
- ¿Lo ha intentado alguna vez?, ¿Tiene armas en casa?, ¿En que piso vive?...

Violencia social/aislamiento

- ¿Le dificulta o impide trabajar (o estudiar) fuera de casa?, ¿Es celoso o posesivo?
- ¿Le acusa de serle infiel sin motivo?, ¿Le impide mantener sus amistades o relaciones familiares?
- ¿Trata mal a sus familiares o amigas?, ¿Le ridiculiza en público?
- ¿Se hace la víctima entre sus amigos o familiares ante usted?, ¿Le obliga a vivir en lugar aislado?

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

Violencia económica

- ¿Le controla el dinero y le obliga a justificarle hasta mínimos gastos?, ¿Le impide disponer de dinero?
- ¿Le ha obligado a dejar de trabajar?, o por el contrario ¿Le obliga a trabajar fuera de casa?
- ¿Si tiene sueldo propio, puede disponer de él?, ¿Pone las posesiones gananciales sólo a su nombre?

Violencia sexual

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

6.3. PREVENCIÓN TERCIARIA. ACTUACIÓN TRAS EL DIAGNÓSTICO

Existe variabilidad en cuanto a las intervenciones a realizar ante la sospecha o confirmación de una situación de maltrato, la evidencia respecto a la efectividad de las mismas es aun débil y la bibliografía al respecto es escasa y está en revisión. Algunos estudios ponen de manifiesto la dificultad en la comparación de resultados, debido a las diferencias metodológicas, en población, ámbito de estudio, tipo de intervención evaluada etc. Por otra parte el reconocimiento del maltrato como problema de salud por la comunidad científica, tiene una trayectoria temporal breve y no ha pasado el tiempo suficiente para desarrollar estudios y evaluar intervenciones a largo plazo, con capacidad para generar evidencias sólidas de efectividad.

A pesar de las limitaciones existentes debemos tener claro que, para aquellas mujeres que sufren malos tratos será sustancialmente beneficioso el simple hecho de que el ciclo de la violencia pueda ser interrumpido. Sistematizar las actuaciones hará más eficaz el abordaje y ayudará a minimizar los riesgos, mejorando el bienestar y la salud de las mujeres en situación de maltrato, a la vez que permitirá evaluar adecuadamente nuestras actuaciones.

Las actuaciones a llevar a cabo en la consulta como modelo de actuación básica ante el diagnóstico de maltrato son las siguientes:

6.3.1. Fijar el marco de esta situación: Permitirla reconocer que está sufriendo maltrato, expresar sus sentimientos, dar nombre a la situación que esta viviendo, manifestando nuestro expreso rechazo a la violencia. Mantener una actitud empática y cercana ya que es fundamental en este primer momento que la mujer se sienta aceptada, comprendida y creída por el profesional. Decirle que no es culpable ni responsable de la situación y manifestar la aprobación por haberlo contado.

6.3.2. Valoración básica:

- Identificar los tipos de malos tratos sufridos: psicológico, físico y sexual.
- Tiempo de evolución de los malos tratos, ya que influye en las consecuencias y en el pronóstico.
- La fase del ciclo de la violencia en la que se encuentra.
- Explorar sus expectativas para adaptarnos a su ritmo y al momento de su proceso motivacional para el cambio.
- Conocer los apoyos familiares y la red social con la que cuenta, así como si tiene independencia económica. Si tiene hijos menores, familiares y/o personas dependientes a su cargo, analizar las actuaciones a seguir:

6.3.3. Valoración de los riesgos vitales inmediatos a los que está expuesta la mujer debido a sus lesiones físicas, a su estado emocional o al riesgo de nueva agresión:

I-Existe riesgo vital inmediato o peligro extremo:

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

Actuación:

- Atender la urgencia inmediata en función de las lesiones.
- Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente.
- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo de un traslado seguro (en ambulancia si fuera necesario).
- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.
- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial.

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

La valoración será de riesgo alto sobre todo si:

- La mujer declara directamente su intención, si lo tiene elaborado y si lo hubiera intentado en otras ocasiones.
- Si se asocia con consumo de alcohol o sustancias.
- Si la mujer expresa o manifiesta gran culpabilidad.

Actuación:

- Realizar las actuaciones urgentes e inmediatas por el riesgo de suicidio.
- Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente para que le sea realizada una valoración psiquiátrica.
- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo el traslado en ambulancia si fuera necesario.
- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.
- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial.

I.c) Riesgo Vital Social o de peligro extremo de nueva agresión: Riesgo de homicidio o de agresión grave:

- Valorar los comportamientos del agresor: amenazas (a la víctima, a los hijos, con armas), intentos previos de homicidio, coacciones, restricciones a la comunicación de la víctima. Consumo de alcohol o drogas por el agresor, trastornos paranoides, celotipia, amenazas o agresiones a otros miembros de la familia o a extraños, otros trastornos psicopatológicos. También se le debe preguntar si el agresor ha proferido amenazas de suicidio ampliado (darse muerte tras matar a la mujer e hijos), dado que esta situación se considera de muy alto riesgo.
- Valorar la percepción personal de seguridad de la víctima: Se puede valorar formulando algunas preguntas como: ¿Se siente segura en su casa? ¿Le da miedo ir a casa ahora? ¿Le tiene miedo? ¿Conoce su familia o amigos lo que le pasa? ¿Con quien podría contar si precisa ayuda?. Si la mujer manifiesta miedo o sensación de peligro, considerar que el riesgo es alto. Aún cuando la percepción de riesgo fuera negativa, valorar otros indicadores, ya que su valor predictivo es bajo.

Actuación:

- Poner el caso en conocimiento del juez de guardia con carácter urgente.
- Registrar los datos en la historia clínica.
- Hacer el parte judicial y remitirlo al juez con carácter urgente (FAX).
- Garantizar la seguridad de la víctima mientras está en las dependencias sanitarias.

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

- El período de tiempo transcurrido entre la agresión y el reconocimiento debe ser el mínimo posible, tanto por la situación emocional de

la víctima como por la preservación de signos de la agresión.

- Se evitaren exploraciones innecesarias en el centro de salud, dado que posteriormente la paciente será valorada en el hospital en el servicio de ginecología y /o forense.
- Se ha de explicar 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.
- Remitir a la paciente al hospital con carácter urgente para que se la realice una valoración física y psicológica.
- Asegurar la llegada de la víctima al hospital disponiendo el traslado en ambulancia si fuera necesario.
- Comunicar al hospital el envío de la paciente y asegurarse de su llegada.
- Registrar los datos en la historia clínica y hacer el parte judicial, aunque se traslade al hospital.

2-No se confirma riesgo vital inmediato

Anotaremos en la historia la valoración y ausencia de riesgo.

En todos los casos se ha de tener en cuenta las recomendaciones respecto a la escucha, manifestando nuestra disponibilidad y ofreciéndole apoyo y confianza.

1. Se dejará concertada una consulta programada en breve para completar esta valoración inicial y fijar el plan de actuación integral y coordinado. Siempre que la situación lo permita, es preferible no dar un exceso de información en la primera visita posponiéndola para la siguiente (1-3 días), al objeto de facilitar un marco de mayor tranquilidad. En esta visita se establecerá un plan de actuación teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos y los apoyos con los que cuenta.
2. Se realizará una valoración integral que incluya:
 - Exploración física sistemática y meticulosa, exploración del estado psicológico de la víctima y de su situación social.
 - Explorar sus expectativas e identificar la situación en la que se encuentra respecto a la toma de decisiones de cambios en su vida, ya que la intervención va a depender de la fase que se encuentre la mujer (tabla 7). La razón de muchos fracasos está en haber realizado intervenciones inadecuadas, no adaptadas al momento evolutivo del proceso de cambio en que se encuentra la mujer; tomando medidas que en una fase pueden resultar intempestivas y en otra pueden ser adecuadas.
 - Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación haciendo partícipe del mismo a la mujer.

Tabla 7. Fases de motivación para el cambio

SITUACIÓN DE LA MUJER	ACTUACIÓN PROFESIONAL
<p>Precontemplativa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de conciencia de problema, negación o minimización. -Se culpa de la mala relación, no hay esperanza de cambio -Puede defender o justificar al maltratador. 	<ul style="list-style-type: none"> -Invitar a la autorreflexión sobre su relación. -Posicionarse frente a la violencia. -Respetar la confidencialidad -No insistir ni presionar para que cuente, mejor volver a citarla para seguir hablando. -Valorar el riesgo vital inmediato.
<p>Contemplativa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Empieza la toma de conciencia aunque aún no se plantea el cambio de situación. -Suele ser más receptiva, más crítica con su situación 	<ul style="list-style-type: none"> -Poner nombre a la situación: maltrato y diferenciarlo del buen trato. -Desculpabilizar: -Facilitar la expresión de emociones, sentimientos, expectativas y miedos. -Analizar el ciclo de la violencia con ella. -Identificar apoyos y fortalezas. -Respetar sus tiempos y sus decisiones: ACOMPAÑAR -Valorar el riesgo vital inmediato. Plan de seguridad.
<p>Preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se plantea posibilidades de cambio, puede que haya iniciado alguno. -Piensa que no puede seguir viviendo así pero no sabe cómo cambiar y en ocasiones tiene sentimientos ambivalentes hacia su pareja (disonancia). -Pide orientación y ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. -Valorar sus progresos y analizar necesidades de apoyo multiprofesional. -Evaluar con ella su seguridad y recordar el plan de seguridad. -Valorar riesgo vital inmediato.
<p>Acción</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ha decidido hacer cambios, inicia los planes de ruptura. -Los sentimientos son de miedo e inseguridad, necesita más apoyo y refuerzo. -Aparecen de nuevo sentimientos ambivalentes: satisfacción por tomar la decisión y miedo a equivocarse e inseguridad hacia el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reforzar sus decisiones, seguir acompañándola con citas frecuentes. -Coordinación con otros recursos sociosanitarios y jurídicos -Potenciar estrategias de afrontamiento positivas
<p>Mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consolida y mantiene los cambios. -Inicia el proceso de normalización de su vida sin su pareja maltratadora. -Va recuperando la autoconfianza, la autoestima. -Puede sentir cierto vacío y soledad. -El nivel de peligro de agresión y muerte es mayor cuando la mujer se separa 	<ul style="list-style-type: none"> -Reforzar la red social en grupos de mujeres, evitar el aislamiento. -Reforzar su autoestima y su autoconfianza. -Celebrar con ella sus éxitos. -Anticipar situaciones de dudas e inseguridad que le puedan llevar a contactar o volver con su agresor y elaborar estrategias para que pueda afrontar con éxito esas situaciones. -Repasar el plan de seguridad y protección. -Valorar el riesgo vital inmediato.
<p>Recaída</p> <ul style="list-style-type: none"> -La mujer vuelve con la pareja que la maltrató. Se siente fracasada y culpable por no haber sido capaz de mantener su decisión. -Puede que evite acudir a consulta. -Justifica su actuación con las promesas de cambio de él. 	<ul style="list-style-type: none"> -Seguiremos respetando su decisión sin juzgarla. -Evitar transmitir la sensación de fracaso ya que cada intento de separación la acerca más al éxito. -Analizar con ella los motivos que la llevaron a volver con él y repasar con ella el ciclo de la violencia. -Valorar riesgo vital inmediato

- Se le facilitará la información sobre :
 - Las posibilidades de actuación.
 - Los recursos, posibilidades de ayuda profesional y social (es importante dar información precisa y concreta: teléfonos, direcciones, personas, no solo explicar los derechos).
 - Los riesgos a los que está expuesta de mantenerse la situación.
 - Medidas de protección: se debe informar a la mujer de la necesidad de tener preparado *un plan de protección y huida* con independencia de su deseo de continuar o no la relación, ante el riesgo de nuevos episodios (tabla 8).
 - La obligación de comunicarlo al juez y los pasos a seguir si desea formalizar una denuncia.
- Si tiene hijos menores, se comunicará al pediatra correspondiente.
- Si precisase la derivación a otro recurso (salud mental, asesoría jurídica, oficina de atención a víctimas...) se le informará del motivo e indicación y se tendrá en cuenta su opinión.

Tabla 8: Información para la mujer respecto al plan de protección y huida

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

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

1. Disponga de un **teléfono móvil y los números de la policía, asociación de víctimas, familiares o personas de confianza**, que sepa que una llamada suya significa "situación de riesgo"
2. **Tenga preparado un plan de huida:** Para ello tiene que tener preparado con antelación:
 - Ropa para ella y para los y las niñas, llaves de casa, informes médicos (enfermedades comunes y de atención médica por los malos tratos), tarjeta sanitaria, medicamentos y si los hubiera partes de lesiones previos.
 - Dinero en metálico, tarjetas de crédito, cartillas de ahorro, recibos de banco
 - Fotocopias de documentos importantes: documentos de identificación, nóminas, expedientes académicos, escrituras de propiedad, seguros..
 - Si tiene hijos e hijas: algún objeto significativo para ellos: juguete, libro...
 - Agenda de direcciones y la lista de números importantes de lugares donde quedarse.

Es aconsejable proporcionar una hoja con toda esta información por escrito a la mujer, indicándole se deshaga de la hoja una vez lo haya preparado.

Si existe sospecha de maltrato y la mujer lo niega. También se deberá realizar una valoración global y explorar los riesgos vitales físico, psicológico y social (o situaciones de peligro extremo).

Si existe riesgo vital inmediato o peligro extremo para ella o sus hijos, se actuará como en el caso de maltrato confirmado e incluso sin la aprobación por parte de la mujer:

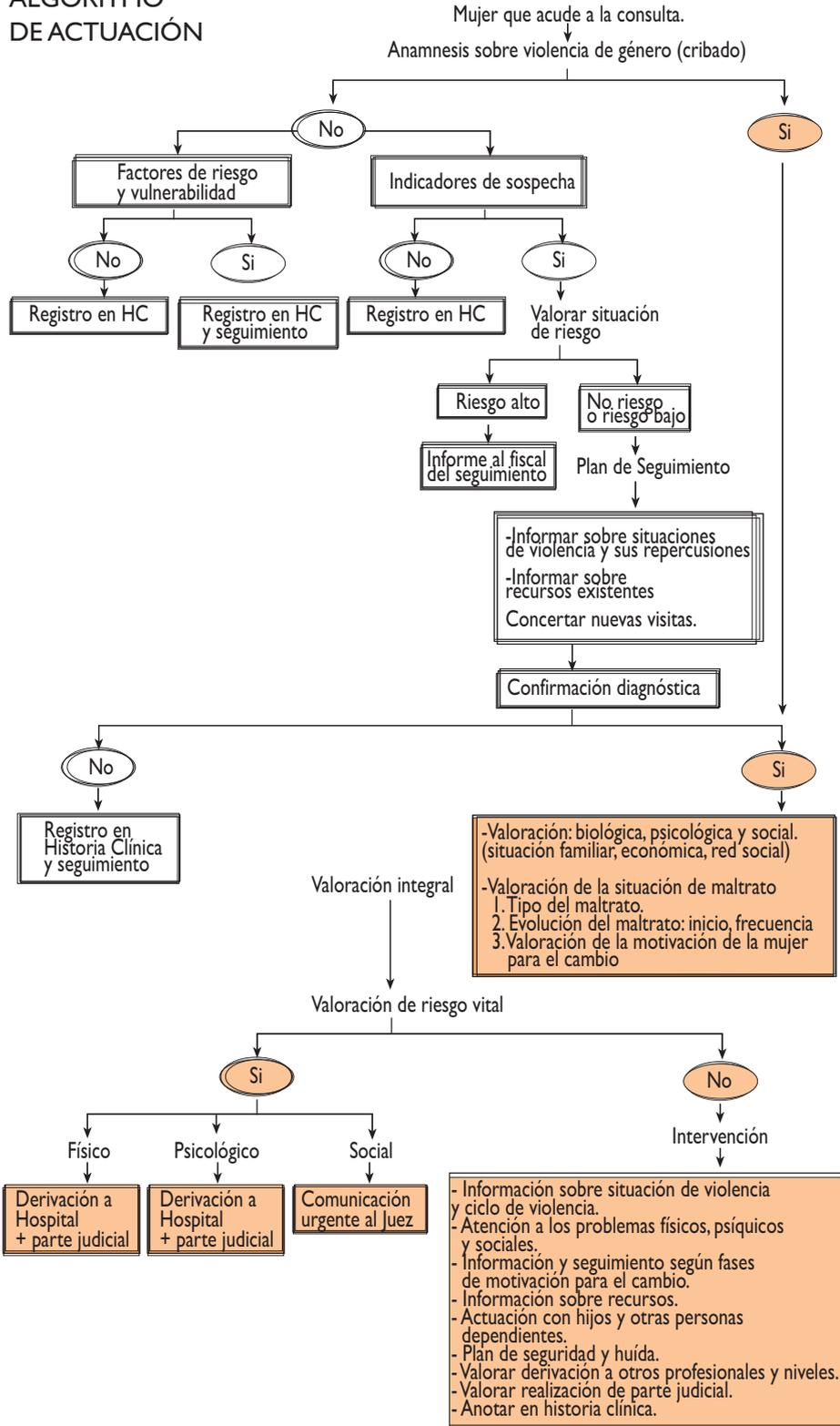
En casos de sospecha consistente en los que la mujer lo niega, otra opción posible es comunicarlo al fiscal para que investigue los hechos con carácter secreto y permita confirmar o destacar nuestra sospecha.

Si no existen indicadores de peligro extremo y la mujer manifiesta su deseo de no ser derivada a otro dispositivo y mantener la confidencialidad, se respetará la voluntad de la mujer, intentando asegurar la continuidad en la atención, citándola con su médico de familia o con el o la profesional que ella desee y en quien más confíe. Es importante acompañar a la mujer respetando su ritmo y sus opciones y trabajar con ella las posibilidades de cambio, en actitud de apoyo y respeto.

Hemos de saber que aún cuando la mujer no quiera hablar de ello al preguntarle por signos de sospecha, o lo niegue, sólo el hecho de dar información sobre la violencia a las víctimas es en sí una intervención terapéutica.

Anotar siempre nuestras actuaciones en la historia clínica.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



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

7.1. MOTIVO Y MOMENTO DE LA DERIVACIÓN

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

- Por la necesidad del recurso (o profesional), cuando la demanda no se puede satisfacer en el propio centro.
- Cuando por razones de confidencialidad o de seguridad, prefieran acudir a otro centro.
- Por preferencia de la mujer (generalmente por cuestiones de confianza y relación profesional-paciente).
- Por que el profesional necesite asesoramiento y compartir el proceso de acompañamiento con otro u otros profesionales (a veces es suficiente una interconsulta de valoración y asesoría).
- Por que el profesional no se siente capaz de seguir el caso por motivos técnicos o emocionales (ansiedad excesiva del profesional al escuchar el dolor de las demás, identificación u otras barreras emocionales).

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

Recordar que:

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

- Es aconsejable que haya una figura de referencia para cada caso (no necesariamente un cargo o perfil profesional), a veces el profesional a quien la mujer reveló el maltrato por primera vez (médico, enfermera, trabajador social,...) es en quién la mujer confía, siempre que el profesional se sienta capacitado y disponga de tiempo para ello.
- Debe de realizarse un plan de intervención conjunto con la mujer y el profesional de referencia, que será el encargado de coordinarse con otros recursos. En casos complejos puede ayudar en la gestión de éstos los Equipos Sociosanitarios de Coordinación de Base de la zona.

Desde Atención Primaria, si el caso le detecta el profesional de medicina o enfermería, se aconseja derivar a la trabajadora social, salvo que la mujer no lo aceptase.

Los recursos con los que con mayor frecuencia vamos a contar son:

Recursos de la red de servicios sociales y otros:

- De atención a víctimas: oficina de atención a víctimas, equipos de atención psicológica, centros de emergencia, equipos de rehabilitación de maltratadores,...).
- Residenciales (casas de acogida, ayudas para vivienda).
- De asesoramiento jurídico: asesoría jurídica para mujeres, juzgados, asesoría laboral, programas de formación ocupacional e inserción laboral.
- De protección: fuerzas de seguridad: policía nacional (EMUME), guardia civil (GRUME), policía municipal (SAM).
- De apoyo: organismos de igualdad, asociaciones comunitarias de ayuda a víctimas, asociaciones de mujeres, etc...
- De información a víctimas: teléfonos de información.

Recursos de la red sanitaria:

- Servicios de salud mental.
- Servicios de urgencias.
- Servicios de toco-ginecología.
- Pediatría.

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

7.2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los dispositivos de salud mental son uno de los recursos a los que con mayor frecuencia es necesario derivar a una mujer que sufre malos tratos, debido a su repercusión en la esfera psicológica. Los criterios más frecuentes de derivación (Polo Usaola C, 2006) son los siguientes:

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

- Depresión grave.
- Riesgo autolítico.
- Trastornos por estrés postraumático.
- Trastornos fóbicos graves.
- Dependencia psicológica del maltratador.

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

- Cuando el profesional de Atención Primaria percibe que el proceso se estanca y la víctima presenta alteraciones psicopatológicas que le impiden tomar decisiones, es conveniente la derivación a un Servicio de Salud Mental. En cualquier caso, es imprescindible explicitar que, aunque se derive a otro recurso, seguiremos su evolución, programando visitas de seguimiento y expresando nuestra oferta de ayuda cuando lo necesite.
No obstante, siempre que la víctima se sienta apoyada por el profesional que ha detectado el maltrato y él, por su parte, se sienta capaz de ayudarla, se mantendrá la relación antes de derivarla a otros profesionales, ya que con frecuencia las víctimas presentan dificultad para establecer nuevos vínculos.
- Cuando el profesional de Atención Primaria crea necesaria una valoración psicológica inicial por experto y asesoramiento para el seguimiento.

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

- Afectación actual y previa secundaria al maltrato.
- Trastornos psicopatológicos previos.
- Personalidad previa.
- Historia de abusos anteriores.
- Estrategias de afrontamiento desarrolladas.
- Apoyos sociales con los que cuenta.

Las mujeres que han sufrido abusos en su infancia tienen mayor dificultad para reconocerse como víctimas de violencia por parte de su pareja y son más frecuentes los sentimientos de autculpabilidad (Polo Usaola C, 2001).

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

Una alta proporción de mujeres que han vivido experiencias de abuso, con frecuencia durante periodos prolongados de su vida, precisan para salir de su proceso traumático y superar las secuelas psicológicas del mismo, intervenciones psicológicas (individuales y grupales) realizadas por profesionales expertos (psicó-

logos, psiquiatras, o enfermeras o trabajadoras sociales) formados específicamente para tratar la problemática del maltrato desde una perspectiva de género en la que se aborden las causas, el mantenimiento de la situación y su experiencia vivida, para trabajar con ellas cambios profundos que le permitirán salir de la situación de abuso y retomar de nuevo las riendas de su vida.

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

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

Criterios de derivación urgente

- Riesgo autolítico.
- Episodios de agitación psicomotriz.
- Crisis aguda de ansiedad.

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

Criterios de derivación preferente

- Episodios depresivos graves (alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento, abandono de autocuidados...).
- Trastorno por estrés postraumático.
- Descompensación de trastornos psicóticos crónicos.

Criterios de derivación por vía ordinaria

- Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo.
- Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves.
- Asociación de abuso de sustancias y alcohol.
- Cuando se considere que precisa ayuda psicológica especializada para elaborar el proceso de cambio (dependencia psicológica, antecedente de estrategias de afrontamiento inadecuadas, ...)
- Cualquier otra situación que genere dudas o necesidad de asesoramiento al profesional de Atención Primaria.

8.1 MALTRATO Y EMBARAZO

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

Por otra parte el maltrato constituye un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, entendiendo por "*factor de riesgo gestacional*" aquella circunstancia que estando presente durante la gestación va a producir un aumento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal. Numerosos estudios corroboran que las mujeres maltratadas presentan más cuadros de estrés, infecciones, anemia, abortos espontáneos, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, distrés fetal y muerte fetal y neonatal (Tortosa, 1998; Mc Farlene, 1992).

Actuaciones

Prevención primaria

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

Diagnóstico del maltrato en el embarazo

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

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

Los signos y síntomas que pueden hacernos sospechar que la mujer embarazada pueda sufrir maltrato son los mismos que en el caso de mujeres no embarazadas (tabla 4). Sin embargo, durante el embarazo, tanto en la anamnesis como en la exploración, hay que prestar una especial atención a algunos indicadores de sospecha gineco-obstétricos, que con más frecuencia pueden aparecer en una mujer maltratada:

- Retraso en la solicitud de atención prenatal.
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas.
- Dispareunia, dolor pélvico, ITS de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- Antecedentes de abortos repetidos (espontáneos o IVEs).
- Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.

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

8.2 MALTRATO Y DISCAPACIDAD

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

La última macroencuesta realizada por el Instituto de la mujer (2006), revela que las mujeres discapacitadas sufren maltrato con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres que no están en esa situación.

¿Por qué son más vulnerables? Por tener:

- Menor capacidad de defenderse.
- Mayor dificultad para expresarse.
- Menor accesibilidad a la información y asesoramiento.
- Mayor frecuencia de baja autoestima y menosprecio de su propia imagen.
- Mayor dependencia de terceros. Indefensión.
- Mayor obediencia y sumisión a los adultos.
- Puede no ser conscientes de ello (por déficit intelectual).
- Menor acceso al trabajo remunerado y a la educación.
- Miedo a denunciar por temor a perder los vínculos y provisión de cuidados.
- Menor credibilidad a la hora de denunciar.
- Discriminación y prejuicio social hacia la mujer discapacitada.
- Barreras de comunicación, arquitectónicas, sociales y psicológicas.

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

1.-Psíquicos

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

2.- Físicos

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

3.- Sexuales

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

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

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

Signos y señales de alerta de maltrato físico

Además de los conocidos son mas frecuentes en mujeres discapacitadas:

- Administración de fármacos injustificada.
- Restricción de la movilidad.
- Estado de sedación.
- Disfunción motora ajena a la deficiencia.

Signos y señales de alerta de maltrato psicológico

- Aislamiento.
- Sobreprotección, infantilización.
- No cuentan con ella para las decisiones.
- Depresión.
- Inseguridad, baja autoestima.
- Nerviosismo, ansiedad.

Signos y señales de alerta de negligencia/abandono

- Desnutrición.
- Falta de higiene.
- Abandono de tratamientos.
- Vestuario inadecuado.
- Ignorar/avergonzarse de su existencia.
- No valorara su opinión.
- Desinterés por su desarrollo personal.

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

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

Tabla 9.-Recomendaciones para los profesionales

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

8.3. MALTRATO EN MUJERES DEL MEDIO RURAL

La Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR), organización que integra a 51 asociaciones de mujeres rurales de todo el estado, resalta el alto índice de mujeres que padecen violencia pertenecientes al medio rural, y perciben que existen factores específicos en este ámbito que actúan como barreras tanto para la detección como para el tratamiento de la violencia contra la mujer particularmente en el acceso a los recursos.

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

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

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

- Mayor control social.
- Menor accesibilidad a los recursos.
- Menor capacidad de independencia económica. Muchas familias rurales dependen de una economía familiar de tipo agrícola de régimen autónomo, cuyo titular es el marido y en la que la mujer aunque trabaje en ella no figura como trabajadora.
- Mayor dificultad para la protección de la víctima. A veces las órdenes de alejamiento son difíciles de cumplir en municipios de muy pequeño tamaño.

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

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

- Un mejor acceso a los recursos (mejorar el acceso a la información y a la atención social y psicológica, y jurídica mediante aumento de centros o profesionales de apoyo itinerantes, etc).
- Mayor coordinación interinstitucional e interprofesional. Necesaria en cualquier caso, pero imprescindible en este medio donde la lejanía geográfica añade dificultad a la gestión coordinada de los casos.
- Actividades de Información y sensibilización contra la violencia en el medio rural, en la que se implique también a los hombres a posicionarse contra la violencia ejercida por los maltratadores.

En Castilla y León se ha puesto en marcha un programa de atención a las mujeres víctimas de violencia en el medio rural, que ha protocolizado las vías e itinerarios para canalizar ayuda a las mujeres que lo necesiten.

8.4. MALTRATO EN MUJERES EXTRANJERAS INMIGRANTES

La dimensión de violencia de género en las mujeres extranjeras según datos de la macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres (2006), es muy superior a las mujeres españolas: el 17% de las extranjeras tenían criterios técnicos de maltrato, frente al 9,6% de las españolas corroborando la alta vulnerabilidad para el maltrato de este grupo poblacional.

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

- Precariedad económica y laboral.
- Situaciones administrativas irregulares y el miedo a ser expulsadas del país.
- Mayores dificultades de comunicación y expresión (barreras idiomáticas).
- Mayor dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios.
- Algunas provienen de entornos socioculturales con acusados roles sexistas, por lo que no identifican conductas de maltrato.
- Escasa red social: cuentan con menos apoyos familiares o sociales.

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

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

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

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

Deberes éticos

- a. *Velar por la vida y el beneficio en la salud de las personas (principio de beneficencia).*
- b. *Evitar perjuicios para la salud de las personas (principio de no maleficencia).*
- c. *Respetar la autonomía de la persona y por tanto sus decisiones.*
- d. *Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional.*

Deberes legales

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

EL PARTE JUDICIAL O PARTE DE LESIONES:

Existen dos formatos aceptados como parte de lesiones:

A. El documento propuesto en el Protocolo del Consejo Interterritorial para la atención sanitaria a las víctimas de la violencia de género: Contempla los apartados que permiten recoger las pautas de actuación seguidas con la mujer presuntamente maltratada, y contiene también un epígrafe específico ante las situaciones de agresión sexual.

Se debe hacer constar:

- Descripción detallada de las lesiones en cuanto a: naturaleza (erosiones, contusiones, excoiaciones), localización, forma, tamaño, aspecto, color, estadio de evolución (actuales o anteriores).
Se pueden utilizar esquemas corporales dibujando sobre ellos la localización de las lesiones.
Los utensilios utilizados por el agresor quedarán reflejados, así como la fecha, hora y lugar de la agresión, según refiera la víctima.
- Se debe hacer constar, en el parte, la valoración del estado emocional en que se encuentra la mujer y su actitud durante la exploración.
- Se deberá indicar el pronóstico supuesto, el tratamiento y las exploraciones realizadas, así como precisar si la mujer requirió ingreso hospitalario o no.
- Hay que especificar en el informe las derivaciones que se hacen: urgencias hospitalarias, salud mental, servicios sociales u otras.

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

B.- Parte común de lesiones. En caso de utilizarse este documento, especificar la sospecha de maltrato en el mismo, para que, cuando llegue al Juzgado, tenga el mismo tratamiento que el parte por violencia de género y sea investigado como tal, aún cuando no se haya formalizado denuncia.

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

REALIZACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

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

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

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

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

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

- a. Si existe riesgo vital o peligro extremo: se debe hacer parte judicial haciendo constar nuestra sospecha y que la paciente no reconoce el maltrato como causa de sus lesiones.
- b. Si valoramos la situación como de bajo riesgo, podemos concertar una nueva consulta con la mujer; es posible que ella reconsidere su actitud y quizás en una consulta sucesiva se decida a revelar su situación. Es muy importante asegurar el seguimiento de la mujer si no hemos realizado el parte.

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

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

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

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

- *Respetar el principio de autonomía de la mujer y el compromiso de confidencialidad, y no dar conocimiento del hecho conocido al juez, aún cuando se tomen las medidas terapéuticas oportunas.*
- *No respetar la voluntad de la paciente, y comunicarlo al juez, pensando en el beneficio de la víctima. En este caso observaríamos el principio de no maleficencia (evitar un mal para la mujer, aún en contra de su voluntad).*

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

VALORACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

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

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

El profesional valora la situación como de bajo riesgo:

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

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

MALTRATO A MENORES O A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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

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

Debemos informar a la mujer de:

- Los pasos que sigue el documento y las consecuencias que se derivan del mismo.
- Que será llamada a declarar por el juez para que corrobore los hechos que en él figuran y actuarán en consecuencia con el presunto agresor.
- Este es un momento crucial en la mujer, ya que si no está preparada para tomar la decisión de alejarse del maltratador, es posible que niegue los hechos.
- Que, aun cuando ella no formulara denuncia, una vez que se corroboren los hechos que figuran en el parte, se puede seguir un procedimiento judicial y el agresor será llamado a declarar.
- Que si ha decidido formular denuncia (cuando no se trate de una situación de emergencia), es preferible preparar las medidas de seguridad y protección, y elegir un momento seguro para evitar riesgo.
- Es deseable que antes de presentar la denuncia tenga asesoramiento legal y que cuando formule la denuncia o cuando tenga que ir a declarar al juzgado para corroborar lo reflejado en el parte, vaya acompañada.

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

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

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

210 a

Servicio cribado de **violencia de genero**

población
diana

Mujeres de 14 o más años de edad

criterios de
inclusión

Mujeres de 14 o más años de edad , en cuya HC conste anamnesis sobre despistaje de malos tratos.

indicador de
cobertura

Número de mujeres de 14 o más años que cumplan
criterios de inclusión

Número de mujeres de 14 o más años

210 a

violencia género

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

Inclusión

210a.1

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

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

Seguimiento

210a.2

- Registro como sospecha y seguimiento (semestral).

210 b

Servicio Atención a las mujeres víctimas de **violencia de género**

población
diana

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

criterios de
inclusión

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

indicador de
cobertura

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

210 b

violencia género

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

Valoración

210b.1

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

Plan de cuidados

210b.2

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

*Mujeres en peligro extremo:

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

*Mujeres que no se encuentran en peligro extremo:

- Intervención personalizada en función del riesgo.
- Informar de la situación y del ciclo de violencia.
- Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Plantear estrategia de seguridad.
- Plan de consultas de seguimiento en función de la fase del proceso y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
- Derivación: trabajador social, recursos sociales, emergencias, atención especializada.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- Plan de intervención sobre los hijos.

ANEXO II. MAPA DE RECUSOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ÁMBITO ESTATAL

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Servicio telefónico **016** (gratuita y profesional las 24 horas del día), de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género

SERVICIO DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA MUJERES MALTRATADAS

Teléfono de **URGENCIA** para denuncia de malos tratos: **900 100 009** (llamada gratuita 24 horas).

TELÉFONO ÚNICO DE EMERGENCIAS: 112

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA MUJER (SAM) DE LA POLICIA EN TODAS LAS JEFATURAS DE POLICIA: 900 191 010

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

INFORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TEMAS DE INTERÉS PARA LAS MUJERES

Servicio de información telefónico **900333888** (gratuito)

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h.

Fuera de horario las llamadas son derivadas al servicio de emergencias 112

DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DE LA CONSEJERIA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

C/ Mieses 26 C.P. 47009 Valladolid

Tnos. 983 41 22 88/ 983 41 22 89

DEPARTAMENTOS TERRITORIALES DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

Sección Mujer de la Junta de Castilla y León.

Es un servicio de coordinación de programas y ayudas para las mujeres en situación de maltrato, gestionan las derivaciones a otros servicios como el de terapia psicológica, casas de acogida, pisos tutelados, centros de emergencia, información sobre empleo y autoempleo.

ÁVILA

Plaza Fuente el Sol, s/n. C.P: 0500. Tfno: 920 355 862/920 355 270

BURGOS

Paseo de Atapuerca, 4. C.P: 09071. Tfno: 947 280 171

LEÓN

Avda. Peregrinos, s/n. C.P: 24071. Tfno: 987 296 046

PALENCIA

Avda. del Casado del Alisal nº 32. C.P: 34071. Tfno: 979 715 465/ 979 715 411

SALAMANCA

Avda. de Portugal, 83-89. C.P: 37071. Tfno: 923 296 746

SEGOVIA

Plaza Dr. Andrés Laguna, 4. C.P: 40001. Tfno: 921 466 731

SORIA

C/ Campo, 5. C.P: 42001. Tfno: 975 239 176

VALLADOLID

C/ Duque de la Victoria, 5. C.P: 47071. Tfno: 983 414 321/ 983 414 278

ZAMORA

Plaza de Alemania I. C.P: 49071. Tfno: 980 547 431

ASOCIACIONES Y ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO

ASOCIACIONES DE MUJERES

En nuestra Comunidad Autónoma existen numerosas Entidades, Asociaciones y ONG'S, dedicadas a la atención y asistencia a las víctimas de violencia de género. Prestan información y asesoramiento; apoyo y tratamiento psicológico; asistencia jurídica con acompañamiento en la denuncia, etc.

BURGOS

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica

Pza. Alonso Martínez, 7 A Ofic. 36. Tfno: 947 256 219

LEÓN

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica

C/Vía de San Marcos, 4 - 2º dcha. León. Tfno: 987 230 062

Asociación de madres solteras “Isadora Duncan”

Avda. Reino de León, 12 - Portal K, E1- 1º. León. Tfno: 987 261 449

Asociación “Simone de Beauvoir”

C/ Arquitecto Torbado, 4 1º Izda Of. I. C.P: 24003 · León

Tfno: 987 208 457 /987 264 577

PONFERRADA

Casa de la Mujer Berciana

Avenida América, nº 36. Ponferrada. Tfno. 679-38.36.41.

Asociación de Mujeres Progresistas Bercianas

C/ Ave María, nº 29-2º. Ponferrada. Tfno. 987-42.83.18

PALENCIA

Asociación “Nuevos Horizontes”

Paseo de la Julia, 1 Entrepant B.C.P. 34002. Tfno: 979 723 620

SASOCIACIÓN “BREZO”

Guardo. Tfno. 607 439 994

SALAMANCA

Asociación “Beatriz de Suabia”

C/ Echegaray, 9. Salamanca. Tfno: 669 083 438

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica

Corral de Villaverde, nº 1 – 5º b Salamanca. Tfno: 923 260 599

SEGOVIA

Asociación para la Promoción y la Formación Integral de la Mujer

C/ Andrés Reguera Antón, s/n. C.P. 40004. Segovial. Tfno: 921 463 468

SORIA

Antígona Asociación de Mujeres

C/ Príncipe Cautivo, nº 3. Soria. Tfno: 628 161623

VALLADOLID

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos

C/ Calderón de la Barca - 15, bajo C. Valladolid. Tfno: 983 350 023

1. A. E. Bonomi, AE, M. L. Anderson, R. J. Reid, F. P. Rivara, D. Carrell, and R. S. Thompson. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*, October 12, 2009; 169(18): 1692 – 1697
2. Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria* 2006; 37:241-2.
3. American Academy of Family Physicians. Family violence and abuse. 2004. <http://www.aafp.org/x16506.xml>
4. American College of Obstetricians and Gynaecologist. Guideline for women's health care. 2ªed. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Washington, D.C. 2002
5. American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267(23):3184-9.
6. American Medical Association: Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*. 1992. Vol 1:39-47
7. American Psychological Association. Violence and the Family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family. Washington, DC: American Psychological Association, 1996, p. 10.
8. Bradley, F, M Smith, J Long and T O'Dowd : Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. *BMJ*; 2002; 324(7332):271. <http://bmj.com>
9. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359:1331-1336.
10. Consejo de Europa. Recomendaciones Rec (2002) del Consejo de Ministros a los Estados Miembro sobre la protección de las mujeres contra la violencia adoptadas el 30 de Abril de 2002. Strasbourg, Francia: Consejo de Europa, 2002.
11. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9: 451-457.

12. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gen Based Med* 2002; 11: 465-76.
13. Council on Scientific Affairs, American Medical Association: Violence Against Women. Relevance for Medical Practitioners. *JAMA*. 1992. 267.(23): 3184-3189.
14. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts Ch, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*. 2008. Volume 371, Issue 9619, Pages 1165 – 1172.
15. Encuestas del Instituto de la Mujer sobre violencia de género en España. (1999, 2002, 2006)
16. F Bradley, M Smith, M Long J and O'Dowd T : Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. *BMJ*;2002; 324(7332):271. <http://bmj.com>
17. Family Violence Prevention Fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. San Francisco (CA): Family Violence Prevention Fund; 2004.
18. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, García J, Montón C, Tizón J. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) semFYC. Violencia domestica. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2003. www.msc.es/enfermedades/Lesiones/violencia/violenciaDomestica/cont_prologoPrevencionViolencia.htm
19. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2007(12)//www.catedramfamilia.uab.com/
20. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra las mujeres. Ed: Socalemfyc. Valladolid. 2005.
21. Ferris LE. Canadian family physicians and general practitioners, perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care* 1994;32(12):1163-72.
22. Ferris L, Nurani A, et Silver L: Guide traitant de femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale :lignes directrices à l'intention des médecins. Ed. Ministère des Travaux et services gouvernementaux. Canada. 1999. Ottawa.

23. García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359:1509-14.
24. Garcia-Moreno Claudia, Jansen H, Ellsberg M, Heisa L and Watts Charlotte on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006;368(9543):1260 – 1269
25. Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal & Child Health Journal* 2000; 4: 79-84.
26. Gerber MD, Michael L. Ganz, MS, Erika Lichter, Corrine M. Williams, /*-Laura A. McCloskey. Adverse Health Behaviors and the Detection of Partner Violence by Clinicians. *Arch Intern Med*. 2005;165:1016-1021
27. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence* 2002; 14: 99-132.
28. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid. Madrid. 2008. www.msc.es/enfermedadesLesiones/violencia/violenciaDomestica/cont_prologoPrevencionViolencia.htm
29. Guía sobre violencia y la mujer con discapacidad, Proyecto METIS, iniciativa DAPHNE de la Unión Europea. Asociación Iniciativas y Estudios ASOCIACIÓN INICIATIVAS y ESTUDIOS SOCIALES (A.E.S.) (1998): Sociales. http://www.wid.org/publications/downloads/guia_metis.pdf
30. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam. Med*. 1992;24:382-387
31. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian And New Zealand Journal of Public Health*. 2001; 25(5): 433-437.
32. Herrero Velázquez S, Fernández Alonso MC, Iribar Dieguez IK. Prevención terciaria de la violencia doméstica: actuaciones ante un caso de malos tratos. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2007(12)//www.catedramfamiliaub.com/
33. Johnson M, Elliott B. Domestic violence among family practice patients in midsized and rural communities. *J Fam Pract*. 1997;44:391-400.

34. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002
35. Kyriacou D.N., Anglin D et al :Risk Factors For Injury to Women From Domestic Violence.N. Engl J Med. 1999;341:1892- 1898.
36. MacMillan HL, Wathen CN, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations [Technical report 01-4]. London (ON):The Task Force; 2001. Available: www.ctfphc.org/Sections/Domestic_violence.htm (accessed 2003 Aug 13).
37. Martínez Martín MI. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Hacia una metodología comprensiva del fenómeno. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2004.
38. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. Med J Aust 1996; 164: 14-17.
39. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA. 1992;267:3176-8..
40. McFarlane J, Soeken K, Wiist W. An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women. Public Health Nurs. 2000;17 (6): 443-451.
41. Mc Nutt LA, Carlson B, Rose I, Robinson A. Partner violence intervention in the busy primary care environment. Am J Prev Med. 2002;22:84-91.
42. Mejía R, Alemán M, Fernández A y Pérez Stable E J. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina. Buenos Aires. 2000;(60):591-594.
43. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004;140: 387-96. US Preventive Task Force. Web: <http://www.ncbi.nlm.gov/books/>
44. ONU Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993.A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. [Accedido el 15 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS;1998

46. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide J Womens Health (Larchmt). 2006 Jun;15(5):599-611.
47. Protocolo Comun de actuación para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio Sanidad y Consumo.. Madrid. 2007. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
48. Ramsay J, Richarson J, Carter Y and Feder G. Appraisal of evidence about Screening Women for Domestic Violence . Report National Screening Committee. 2001. Ed. Department of General Practice & Primary Care. Queen Mary's School of Medicine.London.
49. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisad S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria. 2004;34: 117-27.
50. Richardson, R. Coid, J. Petruckevitch, A. Shan Chung, W. Moorey S and Feder G: Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324(7332):274-.<http://bmj.com>
51. Rodríguez MA, Bauer HM, Mc Loughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA. 1999;282:468-74.
52. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, and Vives Cases C. Violencia contra la mujer: consecuencias para la salud, sociales, económicas y repercusión en los servicios de salud y en los profesionales- Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 2007(12)//www.catedramfamilia.uab.com/
53. Ruiz Pérez I, Plazaola- Castaño J, Vives-Castaño C, Montero Piñar I, Escibea- Aguilar V, Jiménez Gutiérrez E, Martín Baena D y G6 para el Estudio de Violencia de Género en España. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac.San (2010)
54. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obstet Gynaecol. 2008 Apr;28(3):266-71.
55. Scott C.J, Matricciani M.R. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards to improve care for victims of abuse. Md.Med.J 1994;43(10): 891-898.
56. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians response to domestic violence. Opening Pandora's Box. JAMA. 1992;267(23):3157-60.

57. Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ* 2004;328: 618-21
58. Taket A, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, Cosgrove K et al. Routinely asking womwn about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003 : 327: 673-676
59. Tortosa G. ¿La violencia está en auge? *Rev. Hospital Materno Infantil. Ramón Sarda* n° 17:97-192. 1998
60. Violence against women: relevance for medical practitioners. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1992;267:3184-3189.
61. Wathen CN, MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2003;169(6):582-4.
62. Watts Ch, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*. 2002;359:1232-7.
63. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain *Eur J Public Health* September 18, 2009 0:ckp143v1-ckp143.