

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PROTOCOLO
ANDALUZ PARA LA
ACTUACIÓN
SANITARIA ANTE LA
VIOLENCIA DE
GÉNERO
3ª Edición 2020



Junta de Andalucía

#corazonessinmiedo

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

3ª edición 2020



PROTOCOLO andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Recurso electrónico] / [autoría, Isabel Ruiz Pérez (coordinación) ... et al.]. -- 3ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2020

Texto electrónico (pdf), 129 p.

1. Mujeres maltratadas 2. Violencia de género.
3. Atención a la salud 4. Guía de práctica clínica
5. Andalucía I. Ruiz Pérez, Isabel II. Andalucía.
Consejería de Salud y Familias.

WA 309

Autoría

COORDINACIÓN TÉCNICA

ISABEL RUIZ PÉREZ (ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA)
CARMEN AGÜERA URBANO (HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA)

EQUIPO DE TRABAJO

GUADALUPE PASTOR MORENO (CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA)
OLIVIA PÉREZ CORRAL (ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA)
AMETS SUESS SCHWEND (ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA)

Revisión

AMALIA SUÁREZ RAMOS
Dirección General de Salud Pública y
Ordenación Farmacéutica

M^a ISABEL MARTÍN RUBIO
Epidemióloga
Coordinación Red Formma Cádiz

IRENE FUENTES CARO
Dirección General de Asistencia Sanitaria y
Resultados en Salud

ROCÍO ANTÚNEZ GANGA
Médica
Coordinación Red Formma Granada

FLOR DE TORRES PORRAS
Fiscal Delegada de Violencia sobre la Mujer
Fiscalía Superior de Justicia de Andalucía

RAFAEL CRUZ TORRES
Enfermero
Coordinación Red Formma Sevilla

CONCEPCIÓN CANDELA GÓMEZ
Enfermera
Coordinación Red Formma Almería

M^a TERESA VÁZQUEZ CAYETANO
Trabajadora Social
Coordinación Red Formma Huelva

RAFAEL ESPINO PÉREZ
Médico
Coordinación Red Formma Córdoba

EVA M^a CARRANZA MIRANDA
Técnica de Promoción de la Salud
Coordinación Red Formma Jaén



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía.

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro, Giulia Fernández Avagliano y Cristina Pando Letona, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

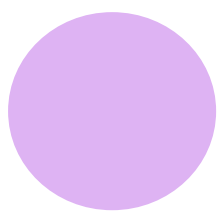
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Índice

Presentación.....	7
Objetivos.....	8
1. Marco legal y conceptual.....	9
1.1 Marco legal.....	10
1.2 Marco conceptual.....	11
Definición de violencia de género.....	11
Marco explicativo.....	13
Hijos e hijas de mujeres de mujeres en relaciones de maltrato.....	14
Violencia de género en mujeres en situación de vulnerabilidad y situaciones especiales.....	15
Consecuencias de la violencia de género en la salud.....	23
2. Actuación sanitaria ante la violencia de género.....	27
2.1 Prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios.....	30
2.2 Atención sanitaria a mujeres en situación de violencia de género.....	31
a) Detección.....	32
b) Valoración.....	40
c) Planes de actuación ante los malos tratos en los servicios sanitarios.....	44
2.3 Atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género.....	52
2.4 Actuación con hombres que ejercen violencia sobre las mujeres.....	54
3. Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad y situaciones especiales.....	55
3.1 Actuación en situaciones de vulnerabilidad.....	56
3.2 Actuación en situaciones especiales.....	63
4. Aspectos legales y éticos.....	68
4.1 Responsabilidades legales del personal sanitario.....	69
4.2 Dilemas éticos en la atención sanitaria.....	72
4.3 La comunicación de la situación de violencia de género.....	73
5. El autocuidado en profesionales que intervienen con mujeres en situación de violencia de género.....	80
Bibliografía.....	82
Anexos.....	91
Recursos para la atención a la Violencia de Género.....	119

Índice de figuras, cuadros y tablas

Figura 1. Algoritmo de actuación sanitaria para la detección de situaciones de violencia de género.....	32
Figura 2. Valoración de malos tratos.....	40
Figura 3. Actuaciones sanitarias en mujeres con indicadores de sospecha de violencia de género que no reconocen sufrir malos tratos.....	48
Figura 4. Actuaciones sanitarias en mujeres que reconocen sufrir malos tratos y no se encuentran en situación de peligro extremo	50
Figura 5: Actuaciones sanitarias en mujeres que reconocen sufrir malos tratos y se encuentran en situación de peligro extremo	51
Figura 6. Actuaciones sanitarias en Mutilación Genital Femenina	63
Figura 7. Comunicación de la situación de violencia de género	74
Cuadro 1. Tipos de MGF	21
Cuadro 2. Consecuencias de la MGF en la salud	22
Cuadro 3. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.....	24
Cuadro 4. Consecuencias de la violencia de género en la salud social.....	24
Cuadro 5. Posibles consecuencias de la violencia de género sobre la salud de hijos e hijas	25
Cuadro 6. Actividades de prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios	30
Cuadro 7. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer	33
Cuadro 8. Indicadores de sospecha durante la consulta.....	35
Cuadro 9. Indicadores de sospecha de violencia de género a partir de los hijos e hijas	37
Cuadro 10. Cómo preguntar. Ejemplos de preguntas en casos de sospecha:.....	38
Cuadro 11. Situaciones Objetivas de Riesgo	42
Cuadro 12. Situaciones de Peligro Extremo	43
Cuadro 13. El Compromiso preventivo ante Mutilación Genital Femenina	64
Cuadro 14. Indicadores de sospecha de trata de mujeres con fines de explotación sexual.....	66



Presentación

En el año 2015 se publicó la segunda edición del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, con el objetivo de aunar esfuerzos y proporcionar a las y los profesionales de la salud pautas de actuación homogéneas ante los casos de violencia contra las mujeres. La necesidad de actualizar este protocolo es fruto de la nueva normativa, de las últimas evidencias existentes y de la experiencia acumulada en el abordaje de la atención a las mujeres maltratadas en nuestro país.

Este documento se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercidos contra las mujeres, de acuerdo con la Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007 de 26 de noviembre de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, aunque las actuaciones que se proponen están principalmente centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por entender que es la violencia más frecuente y al mismo tiempo la más invisibilizada en nuestros entornos.

Es importante resaltar que el Protocolo que presentamos incorpora como víctimas directas de la violencia de género a los y a las menores de edad convivientes. Igualmente, se ha dedicado un apartado específico para detallar la atención a las mujeres que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad, como las mujeres mayores, las que habitan en medios rurales, las embarazadas, las migrantes, las discapacitadas, aquellas con VIH o las mujeres transexuales. También en un capítulo independiente, se trata la prevención de la mutilación genital femenina, la detección y atención a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y la atención a mujeres que viven en situación de prostitución, por entender que se trata de situaciones especiales.

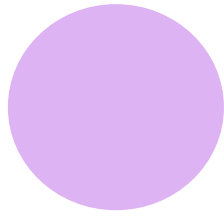
Este protocolo se complementa con otros documentos de actuación sanitaria que abordan actuaciones específicas ante situaciones concretas que, por su complejidad, son desarrollados en documentos independientes:

- Protocolo de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género en Andalucía.
- Protocolo de Actuación y Coordinación Sanitaria ante Agresiones Sexuales en Andalucía.

Aprovecho la oportunidad para agradecer el esfuerzo realizado a todas las personas expertas que han contribuido en su redacción y revisión, también al Instituto Andaluz de la Mujer y, especialmente, a otros sectores implicados, como la Fiscalía General de Violencia sobre la Mujer de Andalucía, Dirección General de la Oficina Judicial y Fiscal y a las asociaciones que atienden a mujeres con discapacidad y a inmigrantes, con la confianza de que sea una herramienta de consulta tanto para la actuación sanitaria como para los programas de formación y sensibilización de profesionales.

Jesús Aguirre Muñoz

Consejero de Salud y Familias



Objetivos

1. Proporcionar pautas de actuación homogéneas ante la violencia contra las mujeres a las y los profesionales sanitarios, mediante la actualización del conocimiento, basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años.
2. Continuar las actuaciones de sensibilización del personal sanitario como herramienta clave para abordar la violencia contra las mujeres.
3. Proporcionar al personal sanitario herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la importancia de colaborar y coordinarse con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario.
4. Dar a conocer al personal sanitario las consecuencias de la violencia contra las mujeres en la salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos e hijas para que se les proporcione la atención sanitaria que precisen.
5. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad, que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma de decisiones para terminar con las situaciones que las producen.
6. Visibilizar la violencia de género como un problema de Salud Pública.

1.1 Marco legal

En 2014 el Estado español ratificó el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, también conocido como Convención o Convenio de Estambul.

Este Convenio define y criminaliza diversas formas de violencia contra las mujeres: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Se trata del primer instrumento legal de fuerza obligatoria que crea un marco legal comprensible y una aproximación para combatir la violencia contra mujeres. Esto implica que los Estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos estas formas de violencia con consideración de delitos.

El marco jurídico-legislativo que rige actualmente las actuaciones judiciales y penales en materia de Violencia de Género en España es el siguiente:

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (en adelante LIVG).

Tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

La Ley 1/2004 establece medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos e hijas menores de edad y a los y las menores de edad sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.

Ley 12/2007, de 26 de noviembre, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

Tras la aprobación de esta ley, se adoptaron una serie de medidas para la erradicación de la violencia de género mediante actuaciones de prevención y de protección integral a las mujeres que se encuentren en esa situación, incluidas las acciones de detección, atención y recuperación. En cumplimiento de la ley se dieron pasos importantes en la creación y desarrollo de nuevos instrumentos de coordinación y seguimiento con objeto de erradicar la violencia de género. Sin embargo, dado el tiempo transcurrido y las modificaciones normativas producidas tanto a nivel nacional como en el ámbito europeo desde su aprobación, en 2018 se procedió a la modificación y actualización del texto vigente.

Ley 7/2018, de 30 de julio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

La modificación de la ley andaluza tiene como novedad la ampliación en la consideración de víctima directa de violencia de género, considerando como tal:

- a) La mujer que, por el hecho de serlo, independientemente de su edad, orientación o identidad sexual, origen, etnia, religión, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, sufra un daño o perjuicio sobre su persona. A estos efectos, el término “mujer” incluye a las menores de edad que puedan sufrir violencia de género.
- b) Las hijas e hijos que sufran la violencia a la que está sometida su madre.
- c) Las personas menores de edad, las personas mayores, las personas con discapacidad o en situación de dependencia, que estén sujetas a la tutela o guarda y custodia de la mujer víctima de violencia de género y que convivan en el entorno violento.

d) Las madres cuyos hijos e hijas hayan sido asesinados.

Respecto a la identificación de los actos con los que se ejerce la violencia, no solo se circunscribe a la que se produce en el ámbito de la pareja o expareja, con independencia de que exista o no convivencia entre ellos, sino que también se hace extensiva a los siguientes: el feminicidio, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual, el acoso por razón de sexo, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la trata de mujeres y niñas, la explotación sexual, la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz o forzado, las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales, la violencia derivada de conflictos armados, la ciberviolencia o cualquier otra forma de violencia que lesione la dignidad, la integridad o la libertad de las víctimas.

Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

La ley contiene medidas de promoción y de garantía de la igualdad de género de carácter transversal incluyendo en numerosos artículos “la necesidad de identificar y eliminar las situaciones de discriminación y violencia de género”.

Pacto de Estado en materia de Violencia de Género (2018-2022).

En septiembre de 2017 el Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad el Informe de la Subcomisión del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. El desarrollo legislativo de dicho Pacto se concretó en el **Real Decreto-Ley 9/18 de 3 de agosto de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género**, que, entre otras novedades, amplía los mecanismos de acreditación de las situaciones de violencia de género, y fortalece la tutela judicial y el acceso a la justicia, y a los recursos de asistencia de las víctimas de violencia de género. En diciembre de 2017, se sumaron al Pacto el Gobierno de la Nación, las Comunidades Autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias (en adelante FEMP) y el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, poniendo de manifiesto el triple consenso político, territorial y social alcanzado. El Pacto marca la hoja de ruta a seguir en los cinco años siguientes (2018-2022).

11

1.2 Marco conceptual

Definición de violencia de género

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 reconoció que la violencia sobre las mujeres era un problema de Salud Pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud. Según la OMS entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. De este modo, decretó en 1998 la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad internacional para los servicios de salud.

En España y en concreto en Andalucía las definiciones y ámbitos de actuación vienen reflejados en las leyes anteriormente recogidas, que son los referentes normativos para abordar la violencia contra las mujeres que se trata en este protocolo.

Aunque se han realizado diversos esfuerzos al respecto, el concepto de violencia de género que resulta del artículo 1.1 y 1.3 de la LO 1/2004 no ha sido modificado desde su redacción originaria. Las modificaciones incorporadas en la ley andaluza no tienen impacto jurídico, ya que el Código Penal actualmente se rige por la LO 1/2004

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

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

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

Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, mediante la coacción, la intimidación, la amenaza o la fuerza, ya sea por parte de su pareja o por otros hombres. Igualmente incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, interfiriendo en su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su opción a la maternidad.

Violencia económica: Consiste en privar intencionadamente a la mujer de recursos para el bienestar físico o psicológico, la discriminación en la disposición de los recursos que le corresponde legalmente o imposibilitando el acceso al mercado laboral para evitar la independencia económica.

Violencia de control: Implica el aislamiento de la mujer de sus familiares y amistades, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica, etc. Deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Violencia simbólica: Se ejerce a través de la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad.

Ciberviolencia contra las mujeres: Aquella violencia de género en la que se utilizan las redes sociales y las tecnologías de la información como medio para ejercer daño o dominio. Existen diversas formas de ciberviolencia entre las que figuran el ciberacoso, las ciberamenazas, la ciberdifamación, la pornografía no consentida, los insultos y el acoso por motivos de género, la extorsión sexual, la difusión de imágenes de la víctima y las amenazas de violación y de muerte.

Según la última Macroencuesta de violencia contra la mujer en España (2019) del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 32,4% ha sufrido al menos un tipo de violencia de la pareja actual o de parejas pasadas en algún momento de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 6.605.825 mujeres de 16 o más años han sufrido violencia de alguna pareja o expareja a lo largo de sus vidas.

Marco explicativo

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas, lamentablemente las mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

La violencia contra las mujeres es **estructural**, es decir, la violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de un tipo de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres.

El principal factor de riesgo para la violencia contra las mujeres es el mero hecho de ser mujer. Las mujeres son consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión (LIVG).

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

En una relación de violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor, siendo para el maltratador la ratificación de que su estrategia funciona. Los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres son consecuencia del maltrato, no la causa

- El proceso de la violencia de género

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

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, puede llevar años antes de ser visibilizada por el entorno o identificada y reconocida por la propia mujer. **El ciclo de la violencia** descrito por Leonor Walker, ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación, a través de tres fases:

- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como

episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma, reconciliación o luna de miel:** El agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde solo de forma ocasional aparece la agresión física. Este tipo de violencia resulta ser muy efectiva, ya que consigue el sometimiento sin dejar huella, por lo que resulta estar más invisibilizada socialmente.

Hijos e hijas de mujeres de mujeres en relaciones de violencia de género

La exposición a situaciones de violencia de género constituye una violación de los derechos humanos de hijos e hijas, según lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.

En el contexto de este protocolo, así como en la Ley 7/2018, se considera que las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o psíquica por sus parejas o exparejas, siempre son víctimas directas de la violencia de género.

En el periodo comprendido entre los años 2013 y 2020, 35 menores de edad han sido asesinados por la pareja o ex pareja de su madre en España. En el mismo periodo, 286 menores de edad han quedado huérfanos de madre por violencia de género

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

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores de edad, por su exposición a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver moratones, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia como el miedo o la intimidación, el estrés, ansiedad y depresión, aun sin haber sido testigos directos de actos de violencia.

- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, sabiendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Ser testigo sensorial de la violencia: escuchar, desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad y temor.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre.
- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse a la violencia para protegerse o defender a su madre, interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.
- Sufrir castigos o medidas correctoras, con el fin de coaccionar a la madre.
- Instrumentalizar a los menores en el régimen de visitas, creando animadversión contra la madre.

Violencia de género en mujeres en situación de vulnerabilidad y situaciones especiales

Como se ha comentado con anterioridad, la violencia de género puede afectar a cualquier mujer por el mero hecho de ser mujer. Pero, además, en la atención sanitaria es preciso tener en cuenta que hay situaciones que añaden una especial vulnerabilidad para las mujeres, ya sea por las características específicas del contexto, por la existencia de determinadas situaciones sociales y legales o por las mayores dificultades para poner fin a las relaciones de violencia. Para aclarar estas especificidades, se incluye en el Protocolo un apartado sobre “Violencia de Género en situaciones de vulnerabilidad”.

También hay circunstancias que requieren abordajes específicos, por ser formas de violencia hacia las mujeres internacionalmente reconocidas, pero no circunscritas al ámbito de una relación de pareja. Estas situaciones se denominan en el marco de este Protocolo: “Violencia de Género en situaciones especiales”.

En el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género se recoge como medida el diseño de “*protocolos específicos o incorporar medidas especializadas en los que ya existen, para la atención de mujeres de colectivos más vulnerables, como las mujeres mayores, mujeres con diversidad funcional/discapacidad o mujeres migrantes en situación irregular*”.

Y con esa finalidad se incluyen en el Protocolo las características y las pautas de actuación en violencia de género en mujeres en situaciones de vulnerabilidad y en situaciones especiales.

• VIOLENCIA DE GÉNERO EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

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

Algunas de las situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia de género son:

Embarazo

La OMS indica que aproximadamente el 5% de las mujeres embarazadas ha sufrido violencia por una pareja o expareja en algún momento de su vida. Así pues, la magnitud del problema puede llegar a ser incluso mayor que la de otros que se diagnostican de forma rutinaria en los servicios prenatales, como pre-eclampsia (2-8%) o diabetes gestacional (1-5%).

Diferentes estudios muestran que el embarazo no previene la ocurrencia de violencia, aunque aún no existe una evidencia clara acerca de si el embarazo es un factor de riesgo. Lo que sí está claro es que el embarazo es una etapa vital de especial peligrosidad para ser víctima, pues a los daños ocasionados a la mujer, se suman los que puede sufrir el feto o recién nacido.

La violencia de género durante el embarazo se ha asociado a una amplia gama de resultados de salud física y psicológica en el período perinatal. Se han informado, entre otros resultados, de retraso del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas, mayor consumo de alcohol y tabaco, depresión, etc. La violencia de pareja en el embarazo aumenta tres veces las probabilidades de tener una muerte perinatal.

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios es importante saber que el embarazo puede ser un momento propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato, dado que las mujeres tienen un seguimiento de salud más constante, tanto para ellas como para el feto.

Medio rural

En Andalucía un 48% de la población reside en municipios de menos de 10.000 habitantes. Las mujeres de entornos rurales inferiores a los 2.000 habitantes son las que en menor porcentaje declaran haber sufrido violencia de género (un 10,5% física y/o sexual y 26,3% psicológica, frente a 14,8% física y/o sexual y 33,1% psicológica en las mujeres residentes en municipios de mayor tamaño) y las que en menor proporción han buscado ayuda formal para hacer frente a la situación de violencia (un 29,4% frente al 33,2% de las mujeres residentes en municipios de mayor tamaño).

El Pacto de Estado en materia de Violencia de Género recomienda *“Tener en cuenta en la realización de las campañas de sensibilización contra la violencia de género, la mayor incidencia de ésta en las mujeres que viven en el ámbito rural y sus circunstancias”*.

Se han identificado varios factores que pueden influir de manera significativa en el fenómeno de la violencia contra las mujeres y que caracterizan el medio rural, como los siguientes:

- Edades más avanzadas.
- Una mayor tasa de desempleo femenina, que da lugar a una mayor dependencia económica.
- Control de la comunidad y relaciones de género. Se trata de contextos culturalmente más tradicionales, donde el patriarcado se manifiesta claramente en las costumbres culturales y las tradiciones.
- Menor número de recursos e infraestructuras, lo que implica una menor accesibilidad a recursos sociales, sanitarios, de protección, económicos, de formación, laborales, de información y comunicación, de ocio y cultura, etc.

- Ubicación geográfica y aislamiento. La cercanía de los recursos es garantía de accesibilidad. El hecho de que los servicios estén alejados es un factor que añade dificultades porque las mujeres no tienen las mismas posibilidades de acceder a ellos. Además, en ocasiones se da una falta de redes personales y sociales.
- Déficit de medios de comunicación y de transporte. La proporción de mujeres con vehículo propio es muy diferente a la de los hombres y los servicios públicos de transporte desde los núcleos rurales a los servicios provinciales o interurbanos en los pequeños municipios son insuficientes.
- En muchos municipios de ámbito rural no existe una visión estratégica sobre el fenómeno de la violencia y, en consecuencia, se actúa de manera puntual y sobre todo para atender emergencias. Hay pocas iniciativas para la prevención, la detección y la recuperación de las mujeres. En aquellos municipios donde hay una política local activa en materia de igualdad o de violencia, se favorece la integralidad.

Edad mayor de 65 años

Las mujeres mayores de 65 años declaran menos violencia de género: el 8,5% de estas mujeres dice haber sufrido violencia física y/o sexual y el 22,9% violencia psicológica alguna vez en la vida, frente al 16,1% y el 34,9% de las mujeres de 16 a 64 años. Por otra parte, han acudido en menor medida a buscar ayuda formal que las mujeres de menos de 65 años (22,8% y 34,4% respectivamente). También recurren en menor medida en busca de ayuda informal.

En las mujeres mayores pueden confluír factores que conllevan una mayor dependencia y que dificultan las posibilidades de poner fin a una relación de maltrato. Entre estos factores está:

- Dependencia económica de su pareja.
- Los valores religiosos y culturales vinculados al matrimonio dificultan su ruptura, así como la presentación de denuncias y el dar a conocer la situación de maltrato.
- Menos oportunidades de acceso a la información (por la brecha digital), a los recursos de atención y menos oportunidades de empoderamiento.
- Mayores barreras para los desplazamientos, lo que dificulta la posibilidad de solicitar información o ayuda.
- Las mujeres que llegan a la vejez con un importante deterioro en la salud o alguna diversidad funcional / discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

Discapacidad / Diversidad Funcional

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

La prevalencia de la violencia de género en cualquiera de sus formas siempre es más elevada entre las mujeres con discapacidad. El 40,4% de las mujeres de 16 o más años con discapacidad han sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de sus vidas por parte de una pareja o ex pareja (20,7% física y/o sexual y 39,5% psicológica).

Hay una serie de indicadores de riesgo específicos a tener en cuenta en mujeres con discapacidad:

- Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación.

- Inseguridad, baja autoestima.
- Estado de sedación, nerviosismo.
- Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual.
- Miedo a relacionarse con otras personas.
- Excesiva dependencia de terceras personas.
- Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.
- Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad.
- Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia.
- Largos periodos sin atención por parte de la pareja.
- Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.

Entre los factores de especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad ante la violencia física, sexual y psicológica, hay que destacar los siguientes:

- Menor capacidad para defenderse.
- Menor independencia económica.
- Menor acceso a la información y asesoramiento de forma autónoma.
- Menor credibilidad del relato (sobre todo en mujeres con trastornos de salud mental).
- Dificultad para expresarse.
- Miedo a perder los vínculos que proporcionan los cuidados.

Migración

La prevalencia de cualquier tipo de violencia de género a lo largo de la vida es superior para las mujeres nacidas en el extranjero (30,3% frente al 45,9% de las nacidas en España).

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

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

- Cuando las víctimas están en situación de irregularidad administrativa se acrecienta el miedo y la inseguridad, existe todavía una mayor vulnerabilidad por el miedo a la expulsión, a perder los hijos e hijas o a que expulsen a la pareja.

Respecto a la atención sanitaria, trabajos recientes identifican barreras jurídico-administrativas (limitaciones en el derecho a la atención sanitaria pública), organizacionales (horarios y accesibilidad geográfica), idiomáticas y culturales. Entre los aspectos culturales, se nombra la preferencia de algunas mujeres migrantes de ser examinadas por profesionales mujeres, dificultades de comunicación por conceptos o hábitos culturalmente específicos relacionados con la salud y enfermedad, así como miedos a la discriminación.

VIH

Se pueden identificar diferentes intersecciones entre violencia de género y VIH, que hacen que esta también sea considerada una situación de vulnerabilidad.

La OMS identifica varias intersecciones entre la violencia de género en la pareja y VIH, indicando los siguientes situaciones de riesgo: 1. Situaciones de violencia sexual dirigida contra mujeres adultas, niñas y adolescentes (violaciones y situaciones de abuso sexual), 2. Prácticas sexuales de riesgo, especialmente en mujeres en situaciones actuales de violencia de género o con experiencias previas de abuso sexual en la infancia, 3. Dificultades en la negociación del uso del condón en relaciones con violencia de género, 4. Situaciones de violencia de género en relaciones con una diferencia pronunciada de edad (ej. relaciones no consentidas entre hombres mayores con niñas o adolescentes o mujeres adultas jóvenes), 5. Violencia de género por revelar un estatus VIH+.

Así, por un lado, en mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas, así como por prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas relacionados con la situación de violencia de género.

Por el otro lado, mujeres que viven con VIH muestran los mismos porcentajes de exposición a la violencia de género en la pareja que mujeres sin VIH, pero en mujeres con VIH se detectan formas de violencia de género más frecuentes y más severas. Además, se ha demostrado que las mujeres que viven con VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales tras comunicar su estado serológico a sus parejas. El temor a la violencia se identifica como una de las barreras más comunes para no revelar un estatus VIH+ en la pareja.

Expresión e identidad de género

Se identifica una interseccionalidad entre una vulnerabilidad por vivir como mujer y por ser identificada como una persona trans, produciendo situaciones de violencia de género y violencia sexual con connotaciones transfóbicas. En las relaciones de pareja, se constatan dinámicas específicas, como la amenaza de revelar la identidad de género de la persona trans en el ámbito familiar, social o laboral, control de su expresión o identidad de género, restricción de su acceso a ropa u hormonas, uso de estereotipos transfóbicos, aislamiento social, falta de respeto de su nombre o expresión / identidad de género, opiniones discriminatorias sobre su cuerpo y físico, disminución de su autoestima o amenazas relacionadas con la custodia de hijos e hijas.

En la pareja, se constatan dinámicas de violencia relacionadas con prejuicios transfóbicos en la sociedad, entre ellas la amenaza de revelar la identidad de género de la persona trans en el ámbito familiar, social o laboral, control de su expresión o identidad de género, restricción de su acceso a ropa u hormonas, uso de estereotipos transfóbicos, aislamiento social, falta de respeto de su nombre o expresión / identidad de género, opiniones discriminatorias sobre su cuerpo y físico, disminución de su autoestima o amenazas relacionadas con la custodia de hijos e hijas.

- **Mujer trans:** persona asignada como hombre al nacer que se identifica como mujer.
- **Hombre trans:** persona asignada como mujer al nacer que se identifica como hombre.
- **Persona no binaria:** persona que, independientemente de su asignación al nacer, vive con una expresión / identidad de género diferente a los dos géneros culturalmente establecidos.
- **Persona cis:** persona que vive con una expresión / identidad de género que coincide con el sexo asignado al nacer.

La legislación vigente en Andalucía incluye a las mujeres trans en la protección contra la violencia de género.

- La Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía indica en su artículo 23 que: *“Toda persona cuya identidad de género sea la de mujer y sea víctima de la violencia machista tendrá acceso, en condiciones de igualdad, a los recursos asistenciales existentes y mecanismos de protección de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, aprobada en el Parlamento de Andalucía”*.
- La Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGBTI y sus familiares en Andalucía confirma este derecho, indicando en su artículo 27.3 que: *“Asimismo, toda persona cuya identidad sexogenérica sea la de mujer y, como tal, sea víctima de la violencia machista tendrá acceso, en condiciones de igualdad, a la protección integral, contemplada en la Ley 13/2007”*.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que mientras no se realicen las modificaciones oportunas en la legislación estatal, las mujeres trans no estarán bajo la plena protección de la LIVG.

- VIOLENCIA DE GÉNERO EN SITUACIONES ESPECIALES

Mutilación Genital Femenina (MGF)

Según la OMS la MGF es "cualquier procedimiento que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos". Desde hace varios años la MGF es internacionalmente reconocida como una manifestación de la violencia de género, ya que atenta contra la integridad física, la salud y contra la propia vida de mujeres y niñas, así como una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

CUADRO 1. TIPOS DE MGF

Tipo I (clitoridectomía)	Implica la extirpación parcial o total del clítoris y/o el prepucio.
Tipo II (escisión)	Es la extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores.
Tipo III (infibulación)	Es el estrechamiento del orificio vaginal con un sello cobertor. El sello se forma cortando y recolocando los labios menores y/o los labios mayores con o sin resección de clítoris.
Tipo IV	Es cualquier otro procedimiento nocivo para los genitales femeninos con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspado o cauterización.

Según la OMS un total de 200 millones de niñas y mujeres han sido mutiladas hasta la fecha y se calcula que más de tres millones de menores están en riesgo cada año. Los tipos I y II son los más frecuentes (80-85% de las mutilaciones que se practican) y el tipo III tiene graves consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres que la presentan.

Es una práctica de gran arraigo en África, realizándose primordialmente en unos 28 países de la zona subsahariana. También es habitual en algunos países de Oriente Medio, como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes. En España, no hay constancia firme de que se realice, pero sí que existe población en riesgo o ya afectada por la MGF. Andalucía es la segunda comunidad autónoma con más población de países donde es habitual esta práctica.

Es una práctica fuertemente arraigada a tradiciones culturales y que requiere un abordaje preventivo por parte de los servicios sanitarios. Un primer paso es conocer los países en los que mayoritariamente se practica la MGF para detectar el riesgo al que pueden estar expuestas las niñas y mujeres y realizar intervenciones sanitarias para prevenirlo.

Tanto las personas que practican la MGF como las familias y las víctimas desconocen la relación entre MGF y sus consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres.

CUADRO 2. CONSECUENCIAS DE LA MGF EN LA SALUD

GENÉRICAS	PSICOSOCIALES	PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Hemorragia Dolor muy intenso Shock Infecciones y sepsis Lesiones de los tejidos cercanos Retención de orina Problemas menstruales Fibrosis Dificultades de cicatrización Queloides Quistes y tumoraciones Anemia Abscesos vulvares Cálculos Fístulas Herpes	Trastornos de estrés postraumático Trastornos de ansiedad Depresión Sentimientos de humillación y vergüenza Terrores nocturnos	Dispareunia Anorgasmia Disfunción sexual Infertilidad Dificultades en el embarazo Partos prolongados Desgarros obstétricos Cesáreas Hemorragias post parto Sufrimiento fetal Muerte neonatal temprana

Prostitución

La prostitución constituye una realidad compleja en la que existe una gran diversidad de situaciones personales e intereses, tanto del propio colectivo de personas que ejercen la prostitución como de los actores relacionados con este fenómeno. Además, al aproximarse a la prostitución, es preciso considerar una serie de elementos, como su incidencia creciente en un entorno próximo o inmerso en la delincuencia y la mercantilización e industrialización del cuerpo de las mujeres, vinculadas en muchos casos a la desarticulación de las economías y sociedades periféricas por efecto de la globalización.

Se calcula que la prostitución alcanza a unos 40 millones de personas en el mundo; el 80% son niñas y mujeres, y la gran mayoría menores de 25 años. En España se estima que unas 45.000 mujeres y niñas se encuentran en situación de prostitución.

Con independencia de los factores que hayan determinado la situación de prostitución, las personas inmersas en este mundo están más expuestas a distintas formas de violencia, bien derivadas del ejercicio mismo de la actividad o bien relacionadas con los contextos de marginalidad en los que con frecuencia se desarrolla. Por otra parte, dado que la prostitución es una actividad feminizada, las mujeres en esta situación están expuestas a las mismas condiciones históricas, culturales y económicas que el resto de las mujeres en cuanto a la violencia de género estructural y familiar.

Muchos trabajos se han centrado en estudiar el papel de la violencia de género como barrera para la asunción de prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual por parte de las mujeres y el mayor riesgo de contagio de VIH asociado a actos violentos en el ejercicio de la prostitución. Sin embargo, las últimas investigaciones demuestran también la aparición de otras enfermedades como ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos de conducta, trastornos psicóticos o el estrés postraumático, muchas veces consecuencia de la violencia que sufren.

Víctimas de trata con fines de explotación sexual (VTEX)

La trata de personas con fines de explotación sexual se considera una forma de violencia de género, pues afecta de manera desproporcionada a mujeres y niñas. Es una consecuencia de su mayor vulnerabilidad motivada, entre otros, por la perpetuación de los modelos de desigualdad por razón de género que permite la devaluación de mujeres y niñas con carácter general y, en particular en situaciones de conflictos armados, desplazamiento de poblaciones, pertenencia a minorías étnicas, etc.

La vulnerabilidad de las víctimas, en su mayoría con una situación administrativa compleja, la desconfianza de éstas hacia las autoridades y su gran reticencia a denunciar o colaborar, obstaculiza la obtención de datos procedentes de las víctimas sobre su propia situación.

España es, según la ONU, uno de los países más afectados por este problema por su situación de “puente” entre Europa y África lo que la convierte tanto en lugar de paso como de destino de las víctimas. Según el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), que se nutre de datos de la Policía Nacional, Autonómica y Guardia Civil, así como de instituciones públicas y ONG, detectó más de 10.000 víctimas en riesgo de trata (sólo en 2017).

Las consecuencias de la trata van desde abusos físicos extremos o violencia en forma de tortura, como golpes, quemaduras, violación y reclusión, a otras tácticas menos obvias, pero de igual manera amenazantes y coactivas, incluyendo amenazas físicas y verbales a la mujer o a sus familias, en particular a aquellas mujeres con hijos y/o hijas.

Las mujeres que ya han salido de esta situación pueden vivir con similares preocupaciones, seguir sintiéndose controladas por las mafias, temer represalias, tener deudas y dificultades económicas o legales. Pueden manifestar reacciones postraumáticas que afectan a su salud física y psíquica y no tener acceso a los servicios de salud u otros servicios debido a circunstancias económicas, estado legal, barreras de idioma, problemas de logística o alienación.

Consecuencias de la violencia de género en la salud

La OMS ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Toda forma de violencia tiene un impacto en la salud, siendo la violencia en la pareja la que podría tener un mayor impacto, pues se produce de manera repetida y continuada en el tiempo. Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos e hijas y se extienden, además, al conjunto de la sociedad.

- Consecuencias en la salud de las mujeres

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, psíquica, sexual, reproductiva y social de la mujer, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquéllas que no son víctimas de tal violencia.

CUADRO 3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

SALUD FÍSICA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte (homicidio, suicidio) • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas) • Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA • Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva • Embarazo no deseado • Retraso en el inicio de los cuidados prenatales. • Ganancia de peso inadecuada en el embarazo • Infecciones vaginales, cervicales y renales. • Sangrados y hemorragias durante el embarazo. • Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Trastorno por estrés postraumático • Baja Autoestima • Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia • Trastornos psicopatológicos • Intento de suicidio, autolesiones • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos • Mala o salud autopercebida

• Consecuencias en el entorno relacional de la mujer

El hecho de conocer la existencia de una relación de maltrato, afecta también a personas del entorno cercano con las que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales (familiares, amistades, vecindario), teniendo una especial repercusión en las personas dependientes de ella y/o convivientes, quienes sufren además los efectos de la violencia sin tener la capacidad de terminar con la situación, experimentando sentimientos de rabia e impotencia.

También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia. A su vez, tener conocimiento de que otra mujer está viviendo una relación de maltrato afecta también a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia de género, que pueden volver a experimentar su situación y desarrollar de nuevo sintomatología.

CUADRO 4. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD SOCIAL

<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento familiar y social • Dificultades económicas por la pérdida de empleo • Absentismo laboral • Disminución del número de días de vida saludable • Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse
--

- Consecuencias en la salud de hijas e hijos

Los factores que determinan el impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, la edad, su nivel de desarrollo, sexo, el tipo de violencia o violencias que sufre la madre, la severidad y tiempo de exposición a la violencia, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes. Los factores protectores, tales como la existencia o calidad de otros vínculos también pueden modular el impacto de esta violencia en la salud de los hijos e hijas. Los problemas de salud detectados, afectan a diferentes áreas: física, psíquica, cognitiva, conductual y social y tiene efectos a corto, medio y largo plazo.

CUADRO 5. POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA SALUD DE HIJOS E HIJAS

SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia • Daños y lesiones • Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos • Alteraciones del sueño y de la alimentación • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, depresión, baja autoestima • Trastorno de estrés postraumático • Déficit de atención y concentración, hiperactividad • Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar • Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras • Comportamientos de riesgo • Adicciones • Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre • Trastornos psicopatológicos
A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. • Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja. • Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

- Consecuencias en el personal sanitario

Escuchar los relatos de violencia, ser testigos del sufrimiento y los daños físicos y emocionales en las mujeres y en sus hijas e hijos, no deja indiferente al personal sanitario. Produce sentimientos de dolor, tristeza, rabia e impotencia y afecta a la idea que tengan del mundo y las relaciones. Todo ello puede repercutir también en la práctica asistencial, por eso es importante disponer de formación y apoyo, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario, así como desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado a fin de que el impacto emocional no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctima, ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales.

- Costes sociales

Los costes tangibles de la violencia de género se refieren al desembolso monetario asociado a la provisión de una diversidad de recursos y servicios a la mujer como resultado de haber sido objeto de violencia de género. Se producen principalmente en el ámbito laboral o productivo (por la situación de inactividad y desempleo femenino); en el de la asistencia sanitaria, relacionado con los costes derivados de la atención por los daños causados sobre la salud física, sexual y mental; y en el ámbito legal, por los costes de información, asesoramiento, asistencia jurídica, policial, judicial y penitenciaria.

El Informe “El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016” estima que la violencia de género tiene un coste económico tangible que puede llegar a ser de 185,9 euros por persona al año, o lo que es igual, 8.540 millones de euros al año.

A estos costes habría que añadir los costes indirectos intangibles, aquellos de carácter no monetario que se generan en el entorno cercano a las víctimas e imposibles de cuantificar: el dolor, el miedo y el sufrimiento de hijos e hijas y otros familiares que son testigos o afectados indirectos del maltrato, y que suelen soportar efectos psicológicos negativos importantes.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de ellas acuden tanto a Atención Primaria como a servicios de urgencias u otro nivel asistencial. Momentos vitales como la planificación familiar, el embarazo, el parto, el cuidado médico de los hijos o hijas, el cuidado de las personas mayores, la menopausia, etc., pueden ser una oportunidad en la que valorar y detectar la violencia de género.

Los servicios de atención sanitaria especialmente relevantes para estas intervenciones son, Atención Primaria, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, unidades de abordaje de Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Mental.

El personal de pediatría tiene un papel importante en la detección e intervención con las niñas y niños que viven situaciones de maltrato, y contarán para ello con el apoyo del resto de profesionales, siempre con respeto a la confidencialidad.

El **médico o la médica de Atención Primaria** tiene un papel relevante en la detección precoz del maltrato; su accesibilidad, la continuidad en la atención, el conocimiento del contexto familiar y la alta frecuentación, le sitúan en un lugar estratégico para el diagnóstico precoz. Además, puede estar alerta para identificar a las mujeres con mayor riesgo de sufrir violencia de género.

Las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo se convierten en momentos privilegiados para la detección y la prevención. Por ejemplo, las matronas, personal de Enfermería y de obstetricia durante el seguimiento del embarazo pueden observar signos de alertas. En los cursos de educación maternal y de preparación al nacimiento y crianza pueden abordarse temas como el buen trato en la pareja, la igualdad, la sexualidad y la violencia.

Otro espacio favorable para la detección y prevención de la violencia de género son **los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS**, entre ellas la infección por VIH.

Los **equipos de salud mental** también deben estar alertas ante indicios de violencia de género en todas las mujeres que atienden, con especial énfasis en las que padecen trastorno mental grave y/o son consumidoras de drogas y en los intentos de autolisis.

Las necesidades específicas de estas mujeres son múltiples, por lo que se requieren servicios de salud integrales e intervenciones sensibles a las cuestiones de género, que aborden las consecuencias de la violencia tanto para la salud física, como la mental y que las ayuden a recuperarse. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

Si se profundiza mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género relacionados con su estilo de vida y su situación familiar, se podrá detectar violencia de género.

La detección de violencia predispondrá a la ruptura del silencio, que supone el primer paso para la comprensión y visualización.

El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud puede conllevar una nueva victimización que podrá contribuir a la cronificación del maltrato y a su medicalización.



De acuerdo con la OMS, las funciones mínimas a desarrollar desde el sistema sanitario son las siguientes:

- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la Historia Clínica.
- Indagar acerca de los antecedentes de la violencia y escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable. Preguntar con regularidad a las mujeres sobre la existencia de violencia de género como tarea habitual dentro de la actividad preventiva.
- Ayudar a la mujer a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Mantener una actitud libre de prejuicios que apoye lo que la mujer está expresando; evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y disminuir la probabilidad de que busquen ayuda.
- Coordinarse con otras instituciones y profesionales.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Al realizar la anamnesis se podrá recurrir a preguntas tipo como las recomendadas en este documento y estar alerta ante signos y síntomas de maltrato como los referidos en la tabla X (Indicadores de sospecha y factores de riesgo). Esto facilitará la detección de las situaciones de maltrato y el inicio del proceso de ayuda.

Se les ofrecerá a las mujeres información sobre los recursos existentes, y se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial como obligación legal del personal sanitario.

Es fundamental reconocer el papel protagonista de la mujer en todo este proceso, su capacidad de decisión y de cambio, manteniendo una actitud de acompañamiento en esa toma de decisiones y, evitando la medicalización innecesaria. Saber que hay alguien interesado en ella, en su proceso y en su salud y bienestar es muy valioso. Igualmente, desde los servicios de salud se puede facilitar el acceso a cuidados y tratamientos, así como bajas laborales cuando sean necesarias.

2.1 Prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios

Las actividades de prevención de la violencia desde los servicios sanitarios pueden agruparse en tres áreas: sensibilización de profesionales, atención integral a las mujeres y actuaciones en el ámbito comunitario.

CUADRO 6. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Sensibilización y formación de profesionales
<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la formación continuada del personal sanitario en prevención, detección precoz de la violencia y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Se debe enfatizar en la formación en competencias culturales, de derechos humanos y sobre distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.• Llevar a cabo sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.• Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos o hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de pediatría, profesionales del sector educativo y de servicios sociales.• Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género.• Prestar también atención al autocuidado del personal sanitario.
Atención a la salud integral de las mujeres
<ul style="list-style-type: none">• Informar a las mujeres de que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y que se les puede ofrecer ayuda, mediante carteles y folletos colocados en lugares visibles.• Fomentar en ellas actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal y el ejercicio de sus derechos individuales, incluidos los sexuales y de relaciones sociales, desde la participación en actividades grupales dentro y fuera del sistema sanitario que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado.• Incluir, en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.
Intervención en el ámbito comunitario
<ul style="list-style-type: none">• Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.• Proponer y participar en acciones, campañas o jornadas que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente en mujeres vulnerables.• Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Las evidencias apoyan la importancia de realizar prevención de la violencia de género en adolescentes. En Andalucía el programa Forma Joven aborda las relaciones en igualdad, los primeros vínculos afectivos y el control que ejercen los chicos a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Los servicios sanitarios deben estar alertados y recomendar relaciones sanas de pareja cuando unas y otros consultan por otras causas, especialmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

2.2 Atención sanitaria a mujeres en situación de violencia de género

Solo se ve lo que se busca, solo se busca lo que se tiene en mente

(Alphonse Bertillon, S. XIX).

El personal sanitario se encuentra en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia. Sin embargo, existen múltiples dificultades para reconocer la violencia de género, entre ellas las relacionadas con factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, factores psicológicos, como el temor a enfrentar los miedos y el sufrimiento emocional y también por la falta de formación en esta materia.

Cualquier momento en consulta es oportuno para realizar una anamnesis a toda mujer con síntomas y signos, actitudes y comportamientos que puedan orientar hacia la identificación de un caso de maltrato. La manera más eficaz de identificar los malos tratos es pensar en ello e indagar a través de la entrevista y la exploración en aquellos elementos que permitan detectarlo.

Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando la mujer no lo verbaliza o no existen lesiones físicas, pero estas situaciones pueden detectarse si el personal sanitario profundiza en aquellos elementos psicosociales y relacionados con el género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, visibilizando posibles relaciones de maltrato.

NO TENGA MIEDO DE PREGUNTAR.

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

(OMS. Informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario)

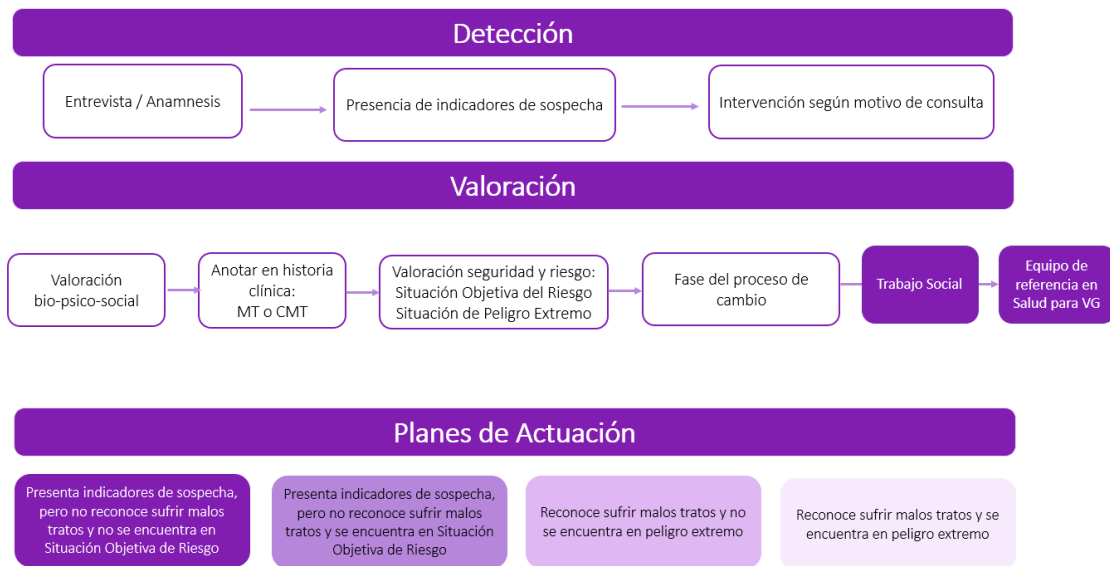
Se considera prioritario realizar un diagnóstico precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana. Pero aún existe una baja detección y retraso en el diagnóstico de la violencia de género, como lo constata la evidencia científica internacional y los numerosos estudios de investigación sobre el tema.

No existe evidencia sobre la efectividad de un “cribado sistemático” en relación a la violencia de género, pero si hay unanimidad en que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Se deben realizar preguntas exploratorias a las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de la Historia Clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta que se le haya preguntado anteriormente.

La atención sanitaria a mujeres en situación de violencia se estructura en tres fases: detección, valoración y plan de actuación.

FIGURA 1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN SANITARIA PARA LA DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO



a) Detección

- Indicadores de sospecha y factores de riesgo

Se han identificado una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos. Estos signos orientativos se muestran a continuación, en los cuadros 7, 8 y 9.

CUADRO 7. INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

Antecedentes de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Haber vivido otras relaciones de maltrato con la pareja. • Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.
Antecedentes personales y hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones frecuentes. • Problemas frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. • Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). • Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. • Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. • ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. • Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando múltiples incidentes. • Historia de abortos repetidos. • Hijos de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. • Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Depresión. • Ansiedad. • Trastorno de estrés postraumático. • Intentos de suicidio. • Baja autoestima. • Agotamiento psíquico. • Irritabilidad. • Trastornos de la conducta alimentaria. • Labilidad emocional. • Abuso de psicofármacos.
Aspectos sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia. • Bajas laborales. • Absentismo laboral.

Síntomas físicos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas. • Cervicalgia. • Dolor crónico en general. • Mareo. • Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, etc). • Molestias pélvicas. • Dificultades respiratorias. • Síntomas inespecíficos.
Utilización de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias). • Incumplimiento de citas o tratamientos. • Frecuentes hospitalizaciones. • Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja. • Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo. ○ Aislamiento tanto familiar como social. ○ Migración, tanto interna o nacional como extranjera. ○ Enfermedad discapacitante. ○ Dependencia física o económica. ○ Dificultades laborales y desempleo. ○ Ausencia de habilidades sociales. ○ Situaciones de exclusión social (trata, prostitución, pobreza).

CUADRO 8. INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

<p>Características de las lesiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. • Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos. • Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). • Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución. • Lesiones en genitales. • Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. • Rotura de tímpano.
<p>Actitud de la mujer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta... • Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. • Autoestima baja. • Sentimientos de culpa. • Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. • Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara. • Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. • Falta de cuidado personal. • Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. • Si está presente su pareja, temerosa en las respuestas o actitud sumisa, buscando constantemente su aprobación. • Contradicción entre su versión de lo ocurrido y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.
<p>Actitud de la pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No quiere dejarla sola con el personal sanitario. • Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos. • Excesivamente preocupado o solícito con ella. • A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional.
<p>Durante el embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio tardío de las visitas de control prenatal. • Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia. • Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo. • Embarazo en la adolescencia. • Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento y crianza. • Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

Durante el puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. • Mala o lenta recuperación post-parto. • Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales. • Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural. • Depresión post-parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé. • Retraso en la visita neonatal.
En mujeres con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación. • Inseguridad, baja autoestima. • Estado de sedación, nerviosismo. • Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual. • Miedo a relacionarse con otras personas. • Excesiva dependencia de la pareja. • Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales. • Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad. • Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia. • Largos periodos sin atención por parte de la pareja. • Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.
Mujeres inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de redes de apoyo familiar y social. • Mujeres recién llegadas al país. • Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas. • Situación de irregularidad administrativa. • Dependencia económica o situación laboral precaria. • Desconocimiento de los recursos.

- La detección de violencia de género a través de los hijos o hijas menores de edad

Una posibilidad de detectar una situación de violencia de género en la mujer es a través de síntomas y signos observados en los hijos e hijas menores de edad, y que se procederá a comunicar a su médico/a de Atención Primaria a través de los canales de coordinación con los diferentes interniveles e intersectoriales.

CUADRO 9. INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO A PARTIR DE LOS HIJOS E HIJAS

- Daños o lesiones corporales.
- Accidentes frecuentes.
- Alteraciones en el desarrollo.
- Síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos.
- Síntomas depresivos e intentos de suicidio.
- Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas.
- Trastornos en el control de esfínteres.
- Trastornos de la alimentación.
- Dificultades de aprendizaje y socialización, conductas de juego alteradas.
- Hipervigilancia, irritabilidad, adopción de comportamientos de sumisión o de violencia (verbal y/o física).

- Recomendaciones generales para la entrevista clínica ante la sospecha de maltrato

- Consultar la información disponible en su Historia Clínica de salud.
- Ver a la mujer a solas: preparar una estrategia clínica, como la necesidad de realizar una cura o cualquier otra técnica para dejar la mujer a solas con el personal sanitario.
- Asegurar la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones, haciéndolo saber al resto del personal sanitario.
- Crear un clima de confianza.
- Observar 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.
- Explorar creencias educacionales, culturales, religiosas... que puedan enmascarar abusos que no son considerados como tales por la mujer.
- No escatimar tiempo (15-20 minutos).
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

- Expresar que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Abordar directamente el tema de la violencia. Preguntar de forma clara.

CUADRO 10. CÓMO PREGUNTAR. EJEMPLOS DE PREGUNTAS EN CASOS DE SOSPECHA:

<p>En caso de sospecha por información derivada de los antecedentes</p>	<p>Tras repasar sus síntomas, sus pruebas, no encontrar causa orgánica y ver en su historial que no es la primera vez que acude usted con síntomas similares, me gustaría comentar con usted algunas cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿A qué cree usted que se debe su malestar o problema de salud?</i> <p>Muchas veces las mujeres que tienen problemas como los suyos como (referir alguno de los más significativos) están viviendo algún tipo de maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Le pasa a usted eso?</i> • <i>¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene ¿cómo lo manejan?</i> • <i>¿Le gusta cómo la tratan en casa? ¿Cómo van las cosas en casa?</i> <p>La encuentro algo intranquila:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Le preocupa algo?</i> • <i>¿Está viviendo alguna situación que le haga sentirse mal?</i> • <i>¿Cree que pueda estar relacionado con su situación familiar o de pareja?</i>
<p>En caso de antecedentes de dispareunia, dolor pélvico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias?</i> • <i>¿Tienen relaciones sexuales cuando usted quiere, o solo cuando quiere su pareja?</i> • <i>¿Le obliga su pareja a mantener relaciones sexuales?</i> • <i>¿Alguna vez su pareja le ha agredido sexualmente?</i>
<p>En caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta</p>	<p>Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe, empujón, corte, puñetazo...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Le ha ocurrido a usted eso?</i> • <i>¿Su pareja utiliza la fuerza contra usted?</i> • <i>¿Cómo? ¿Desde cuándo? ¿Alguna vez le ha agredido con algún objeto o con un arma?</i>
<p>Ante situaciones de ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Desde cuándo se siente usted así?</i> • <i>¿A qué cree usted que se debe esta sensación?,</i> • <i>¿lo relaciona con algo que le haya pasado?</i>

	<p><i>¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que la tenga preocupada o triste?</i></p>
<p>Si la mujer se encuentra alerta, asustada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué teme?</i> • <i>¿Alguna vez su pareja le ha amenazado con matarla a usted o a sus hijas e hijos?</i> • <i>¿Alguna vez su pareja la ha amenazado con un arma?</i>
<p>Preguntar por sus relaciones sociales, amistades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?</i> • <i>¿Qué le impide hacerlo?</i>
<p>En caso de encontrarnos ante una adolescente, la entrevista se realizará sin la presencia de su madre, padre, tutor o cualquier acompañante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cómo es tu relación de pareja?</i> • <i>¿Te dice lo que tienes que hacer?</i> • <i>¿Te llama constantemente?</i>
<p>En caso de intento de autolisis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estoy aquí para ayudarle/te, puede/es contarme ¿qué le/te hace sufrir?, puede/ es contar con mi confidencialidad, no lo contaré a nadie que usted/tú no quieras.</i>

b) Valoración

Tras la entrevista clínica puede ocurrir que se confirme o no la relación de malos tratos. Dependiendo de esto, las actuaciones serán diferentes.

FIGURA 2. VALORACIÓN DE MALOS TRATOS



- Valoración bio-psico-social (Anexo 1)

- Situación clínica: lesiones y síntomas físicos, estado emocional y/o psicológico.
- Situación familiar y red de apoyo social.
- Situación económica, laboral y ocupacional.
- Se le debe informar de las exploraciones que se realizan y su finalidad.

- Valoración de la situación de maltrato: tipo, intensidad y duración (Anexo 2)

- Tipo de maltrato: Psíquico, físico y/o sexual.
- Historia de maltrato (duración, frecuencia, intensidad). Desde cuándo lo sufre, cada cuánto tiempo se produce, cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad. Si alguna vez ha denunciado esto y en qué momento lo ha hecho (fase de acumulación de tensión, de explosión o agresión).
- Comportamientos de su pareja con ella después del maltrato (se muestra arrepentido, le hace promesas de cambio, etc.).
- A nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares. Mecanismos de afrontamiento desarrollados por parte de la mujer.

- Valoración de la fase del proceso de cambio en la que se encuentra (Anexos 3 y 4)

El modelo que se propone está basado en el modelo teórico de cambio de Prochaska y DiClemente. Este modelo se dirige al análisis del comportamiento y categorización en fases preestablecidas, a las que llama precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento y de recaída.

Es fundamental identificar en qué fase del proceso de afrontamiento de la violencia se encuentra, para establecer una línea de actuación y una elección de recursos, técnicas e instrumentos que nos permitan ayudarla. Las mujeres en situación de maltrato hacen una media de siete a ocho intentos antes de conseguir separarse completamente del maltratador. A pesar de que vuelva con la pareja y continúe el maltrato, es posible que la intervención profesional le haya ayudado a progresar y no vuelva exactamente al punto de partida.

- Valoración de la seguridad y el riesgo: Situaciones Objetivas de Riesgo y Situaciones de Peligro Extremo

Ante casos de sospecha de malos tratos no confirmados (ISMT), la valoración irá dirigida a detectar Situaciones Objetivas de Riesgo: situaciones objetivables de ser víctima de un delito.

Ante casos de confirmación del maltrato (CMT), la valoración irá dirigida a detectar Situaciones de Peligro Extremo: situaciones que pongan en riesgo inminente la integridad física o psíquica de la mujer, hijos e hijas u otras personas convivientes en el domicilio familiar.

Situaciones Objetivas de Riesgo (SOR)

Si se detecta una SOR y la mujer no reconoce su situación de maltrato y por tanto no va a denunciar, el profesional sanitario comunicará a la Fiscalía Delegada Provincial de violencia a la Mujer, conforme al artículo 544 ter., cumpliendo con su deber de denuncia (ver el capítulo 4 “Aspectos éticos y legales” de este protocolo).

CUADRO 11. SITUACIONES OBJETIVAS DE RIESGO

- La existencia de amenazas a la integridad física/psíquica/sexual de los y las menores de edad
- La mujer teme por la integridad de los y las menores de edad
- Acuden familiares o personas allegadas a pedir ayuda ante la imposibilidad de hacerlo la propia mujer.
- En el domicilio existen armas de fuego o blancas que se utilizan con carácter intimidatorio.
- Cuando haya menores que presencien el maltrato.
- Malos tratos a hijos, hijas u otros miembros de la familia.
- Cuando la mujer amenace con suicidarse o lo haya intentado.
- Constatación del aumento de la gravedad de las agresiones y/o su frecuencia (curva ascendente de violencia).
- Existencia de amenazas de muerte reiteradas (a la mujer o a menores que convivan con ella).
- Cuando la mujer haya intentado en diversas ocasiones separarse del maltratador.
- Cuando el inicio de los trámites de separación conlleve un aumento de la violencia en base a amenazas, o cuando las amenazas o el acoso se dan a pesar de estar separados.
- Cuando resida en un sitio aislado que le impida recurrir a los servicios sociales o de igualdad y en especial, a los policiales.
- La mujer presenta enfermedad crónica invalidante.
- Está sometida a medicación que implica anulación de la voluntad o la presenta claramente disminuida.
- Discapacidad física, psíquica o sensorial del maltratador o de la mujer.
- El maltratador presenta un trastorno mental grave.
- El maltratador consume bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas.
- Existencia de amenazas de suicidio y/o homicidio por parte del maltratador.
- Manifestaciones de celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias de la mujer, adonde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Negación, justificación o ausencia de arrepentimiento expresada por el maltratador.
- El maltratador tiene antecedentes policiales/penales ó de Agresor por Violencia de Género.
- Mujer extranjera
- Mujer con falta de apoyo familiar.
- Antecedentes de Violencia de Género
- Otras denuncias por Violencia de Género
- La mujer no tiene conciencia de la gravedad de la situación.
- Cualquier otra situación análoga a las anteriores que el personal sanitario considere como evidencia de que la víctima (mujer, menores o personas convivientes en el domicilio familiar) se encuentra en peligro de sufrir violencia de género.

En la valoración de Situaciones Objetivas de Riesgo es necesario prestar una especial atención a aquellas situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres.

Situaciones de Peligro Extremo

El personal sanitario valorará si la mujer se encuentra o no en Situación de Peligro Extremo, entendiendo por esta que la situación ponga en riesgo inminente su integridad física o psíquica o la de sus hijos o hijas u otras personas convivientes en el domicilio familiar. Estas situaciones pueden ser ocasionadas por la gravedad de las lesiones que presenta, así como por otros factores.

CUADRO 12. SITUACIONES DE PELIGRO EXTREMO

- Lesiones graves que requieran ingreso hospitalario.
- El maltratador no respeta la Orden de Alejamiento.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- El maltratador la ha retenido contra su voluntad.
- Retirada de la denuncia, renuncia a la Orden de Protección o reanudación de la convivencia.
- Verbalización de “miedo” por parte de la mujer.
- La percepción de peligro, tanto de ella como para otros miembros del entorno familiar, se define por sí sola como de peligro extremo.

Nunca se debe subestimar una posible situación de peligro. Tras la valoración biopsicosocial y la entrevista, cada profesional decidirá, según su criterio, la necesidad de preguntar:

- ¿Se siente segura en casa?
- ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/as seguros/as?
- ¿Dónde está ahora el maltratador?
- ¿Lo saben sus amistades o familiares?
- ¿Le ayudarían?

c) Planes de actuación ante los malos tratos en los servicios sanitarios

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

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

Algunas mujeres cuando llegan a la consulta ya han realizado un trabajo interno, incluso tomado decisiones, por lo que **debemos prestar detenida atención al momento del proceso de cambio en que se encuentran**, con el fin de no cometer errores en la intervención.

Ante una relación de maltrato, y en el caso de que la mujer tenga a su cargo menores en edad de atención pediátrica, es importante la coordinación con el personal de pediatría para que realice una valoración de la repercusión de esta situación en los hijos e hijas y se les preste la atención que precisen.

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

Las recomendaciones para esta fase son las siguientes:

- Tener en cuenta la decisión de la mujer, **respetando sus tiempos** e informarle de sus derechos.
- En la entrevista, atender a las recomendaciones de las fases del proceso del cambio.
- **Registrar en el Módulo de Maltrato contra las mujeres de la Historia Digital de Salud todas las actuaciones realizadas.** Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Establecer **medidas de protección** para la mujer. Valorar si existe una SOR o Situación de Peligro Extremo independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre. El objetivo es la seguridad y protección de la mujer y de sus hijos e hijas.
- Garantizar la protección de la mujer durante la actuación sanitaria y los traslados necesarios.
- Nunca deberá estar acompañada del supuesto maltratador. En el caso de que existan dudas acerca del acompañante, se le indicará que permanezca en otro lugar por motivos asistenciales.
- Activar los recursos en situaciones de riesgo: Protocolo de Protección del Centro.
- Solicitar la colaboración de las FYCS cuando sea necesario, es decir:
 - Ante una situación de Peligro Extremo confirmado por la mujer.
 - Cuando existan lesiones de pronóstico grave o muy grave si no ha sido llevada al centro sanitario por las FYCS.

- Si hay un incumplimiento por parte del maltratador de la Orden de Alejamiento o de Protección.
- Comunicar la situación al personal de Trabajo Social del centro.
- Informar a la mujer sobre recursos y derivación a otros recursos en función de las necesidades, una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales.
- Indagar sobre la **posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia**. Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con personal relacionado con la salud de menores para valorar el alcance del maltrato.
- Tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.

Es importante recordar que contamos con profesionales de Trabajo Social en el centro de salud u hospital para realizar una valoración social y de riesgo, así como la posibilidad de derivar a los recursos especializados. La coordinación entre los equipos de Atención Primaria con la atención hospitalaria, los servicios sociales y los Cuerpos de Seguridad o Justicia es necesaria en el abordaje de cualquier caso de violencia de género, sobre todo en los casos de vulnerabilidad. El apoyo de profesionales de la mediación o agentes de la comunidad es de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes.

Recientemente se han constituido los **EQUIPOS DE REFERENCIA EN SALUD PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO**. Se trata de unidades multidisciplinares (profesionales de Psicología, Trabajo Social y Enfermería) para la atención integral a mujeres en situación de violencia de género y a las personas que dependen de ella, enfocados en la detección precoz, atención integral, intervención inmediata y coordinación interinstitucional, dirigidos a favorecer el empoderamiento de las mujeres y el acceso a los recursos psicológicos, económicos, jurídicos y sociales en un plazo no superior a 24 horas, garantizando un acompañamiento continuo de la mujer.

PLANES DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que se encuentre. Teniendo en cuenta estas situaciones, se presentan cuatro escenarios posibles, para los cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

A: Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos y no se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo.

B: Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo.

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

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

PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA, PERO NO RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y NO SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN OBJETIVA DE RIESGO

1. **Atención integral/interdisciplinar:** atención de los problemas físicos/psicológicos/sociales; valoración de la situación del maltrato.
2. **Registrar en la Historia Clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.**
3. **Derivación y seguimiento.**

Una vez identificados los indicadores de sospecha se debe iniciar con la mujer un trabajo de toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto que pueden tener en su salud.

Si el **Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género** NO se encuentra constituido:

4. Derivar a Trabajo Social del centro.
5. El Profesional que haga la valoración de la mujer (Trabajo social, Medicina o Enfermería) establecerá el plan de derivación al Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género. Este equipo se coordinará con el Equipo de Atención Primaria que seguirá atendiendo con especial sensibilidad las demandas de salud y atención que cada mujer pueda tener; así como con el resto de especialidades clínicas que intervengan en los diferentes procesos de salud de la mujer.
6. Valorar la necesidad de derivar a otros dispositivos sanitarios para asegurar la continuidad asistencial y, previa autorización verbal de la mujer, se comunicará el caso al personal de Trabajo Social del centro.
7. Pedir consentimiento escrito y derivar al Centro de Información a la Mujer de referencia (Anexo 5).
8. Valorar la actuación con las hijas e hijos en edad de atención pediátrica.

Si el **Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género** se encuentra constituido:

4. El Equipo de Referencia establecerá un plan individualizado de trabajo psicosocial, incluyendo la derivación de la mujer al resto de instituciones locales, previo consentimiento informado escrito y a través de citas preestablecidas.
5. Se coordinará con la unidad de Pediatría y Trabajo Social del centro de Atención Primaria de la mujer en caso necesario.

Además de esta derivación a este recurso especializado, es preciso **que la mujer siga contando con el apoyo y la atención del equipo de Atención Primaria** que, estando en conocimiento de esta situación, seguirá atendiendo con especial sensibilidad las demandas de salud y atención que cada mujer pueda tener. Como se ha visto en la introducción de este Protocolo, la violencia de género tiene un gran impacto en la salud de quienes la sufren pudiendo manifestarse a través de distintos síntomas y dolencias. Así pues, la labor de los médicos y médicas de Atención Primaria es clave para restaurar la salud de las mujeres víctimas de violencia de género en aquellos casos en que se vea afectada.

b

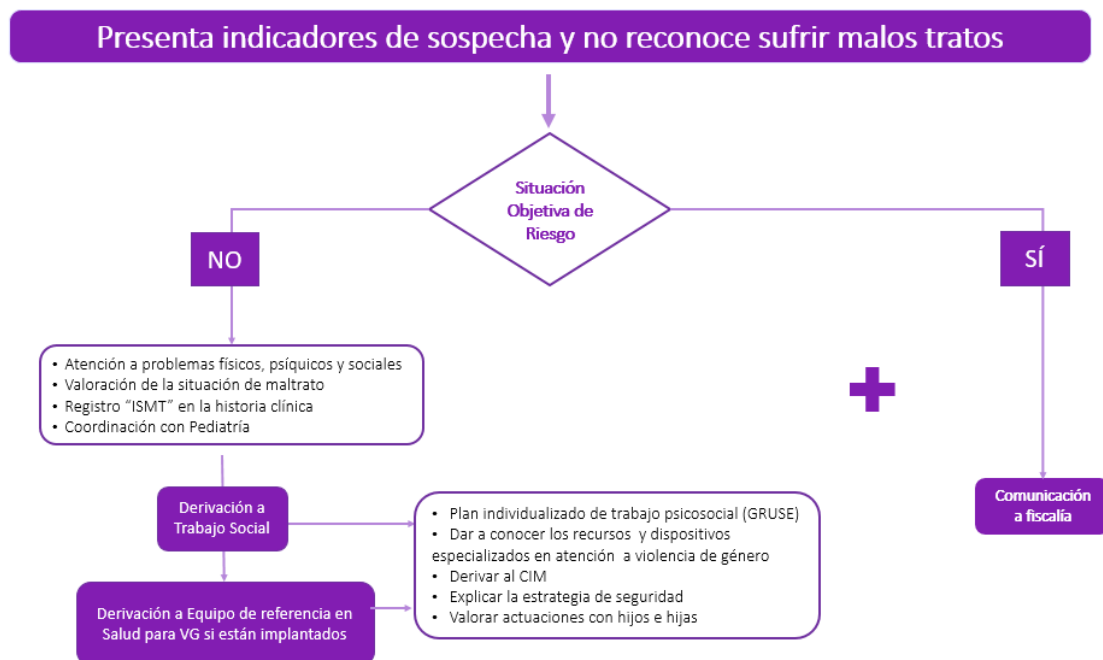
PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA, PERO NO RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN OBJETIVA DE RIESGO

Se seguirán las mismas actuaciones indicadas para el caso de la mujer que NO se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo.

Y, además,

Se enviará la Comunicación a Fiscal Delegado/a contra la Violencia a la Mujer ante sospecha de malos tratos, anotando dicha actuación en la Historia Clínica (Anexo 6).

FIGURA 3. ACTUACIONES SANITARIAS EN MUJERES CON INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE NO RECONOCEN SUFRIR MALOS TRATOS



PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS, PERO NO SE ENCUENTRA EN PELIGRO EXTREMO

1. **Atención integral/interdisciplinar:** Atención de los problemas físicos/psicológicos/sociales; valoración de la situación del maltrato. Entrevista Motivacional para planificar cambio.
2. **Registrar en la Historia Clínica la sospecha y la actuación realizada, incluida la valoración de vulnerabilidad.**
3. **Registrar en la Historia Clínica la confirmación de malos tratos (CMT) y las actuaciones realizadas: Indicaciones clínicas y citas de seguimiento.**
4. **Registrar Códigos CIE-10.** Puede servir como prueba importante en un proceso judicial (Anexo 7).
5. **Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad.** La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si desea hacerlo, llamar desde el centro a FYCS para formalizar la denuncia.
6. **Emitir el Parte al Juzgado.** Leerle el contenido del Parte al Juzgado y explicarle las consecuencias. Realizar, cuando sea posible, fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito (Anexo 8).
7. **Derivación y seguimiento.**

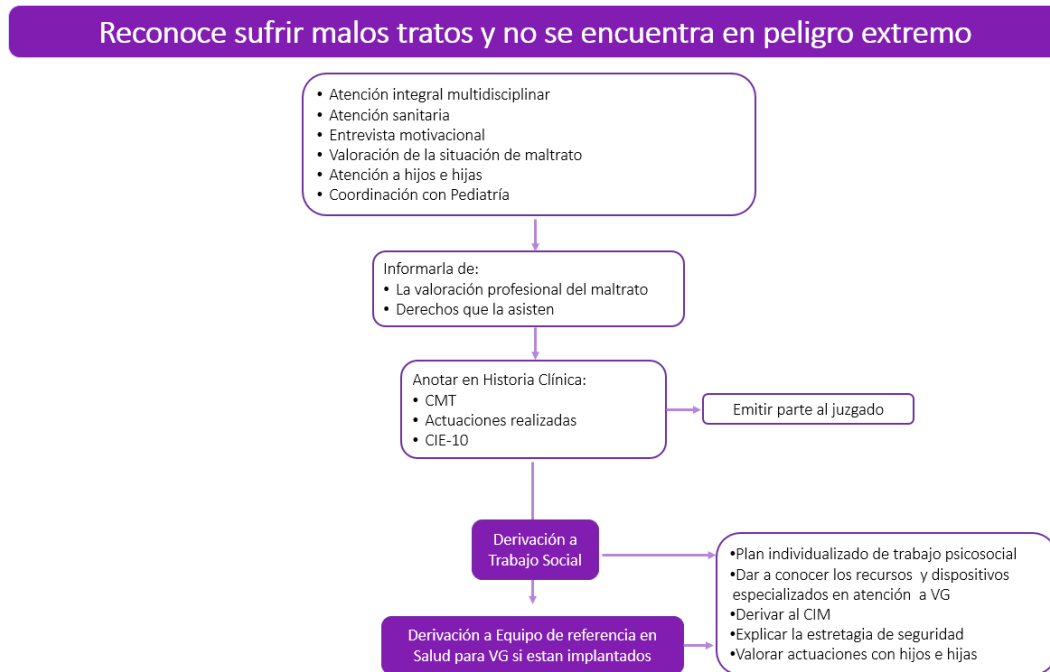
Si el **Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género** NO se encuentra constituido:

8. Derivar a Trabajo Social del centro.
9. Darle a conocer, preferiblemente por escrito, la red de **recursos y dispositivos especializados** en la atención a mujeres víctimas de violencia de género.
10. Valorar la necesidad de **derivar a otros dispositivos sanitarios** para asegurar la continuidad asistencial.
11. Pedir consentimiento escrito y derivar al Centro de Información a la Mujer de referencia (Anexo 5).
12. Explicar la **estrategia de seguridad** ante una posible Situación de Peligro Extremo y Escenario de Protección (Anexo 9).
13. Valorar la actuación con las hijas e hijos en edad de atención pediátrica. Actuaciones coordinadas con la atención a la madre.

Si el **Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género**, se encuentra constituido:

8. El Equipo de Referencia establecerá un plan individualizado de trabajo psicosocial, incluyendo la derivación de la mujer al resto de instituciones locales, previo consentimiento informado escrito y a través de citas preestablecidas.
9. Se coordinará con la unidad de Pediatría y Trabajo Social del centro de Atención Primaria de la mujer en caso necesario.

FIGURA 4. ACTUACIONES SANITARIAS EN MUJERES QUE RECONOCEN SUFRIR MALOS TRATOS Y NO SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE PELIGRO EXTREMO



d

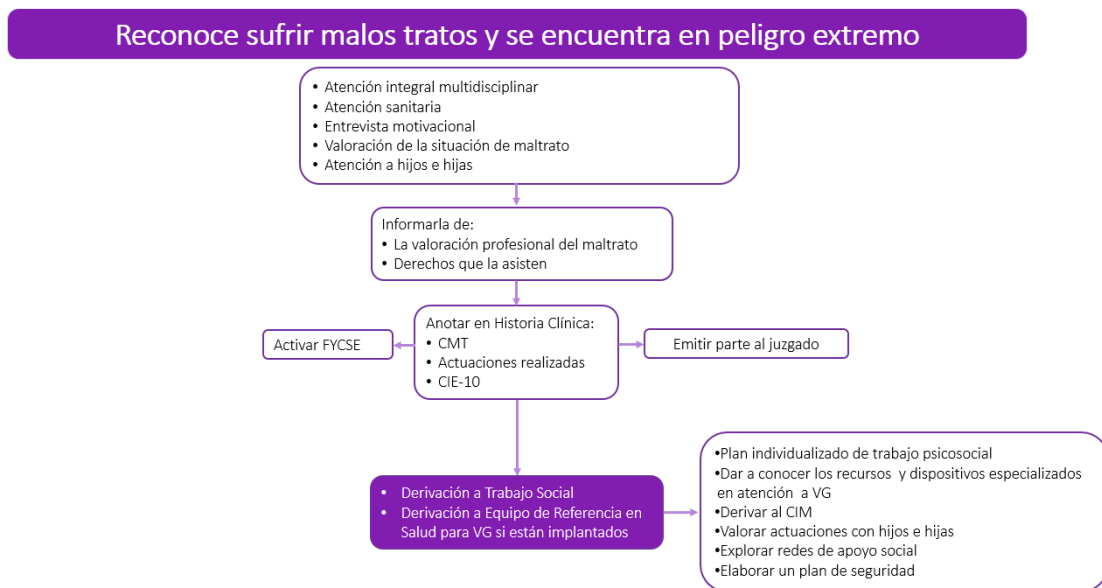
PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y SE ENCUENTRA EN PELIGRO EXTREMO

Se seguirán las mismas actuaciones indicadas para el caso de la mujer que reconoce sufrir malos tratos y no se encuentra en Situación de peligro Extremo.

Y, además:

1. Explorar la situación familiar y la red de apoyo social con que cuenta.
2. Activar al Equipo de Referencia en Salud para la Violencia de Género, a través del centro coordinador del 061, que garantizará el acompañamiento continuado en todo el proceso y establecerá un plan de atención personalizada con el objetivo de potenciar el empoderamiento, la capacidad de decisión, el asesoramiento y el mantenimiento de su seguridad y protección.
3. Explicar cómo protegerse ante una situación de peligro (Anexo 9).

FIGURA 5: ACTUACIONES SANITARIAS EN MUJERES QUE RECONOCEN SUFRIR MALOS TRATOS Y SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE PELIGRO EXTREMO



2.3 Atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género

Cuando la mujer tiene menores de edad a su cargo es necesario tener presente que requieren atención pediátrica, así como la coordinación con las y los profesionales de Trabajo Social dentro del equipo de salud.

También en las consultas de Medicina de Familia, es preciso prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia de género, para actuar en colaboración con el resto de profesionales de Atención Primaria y coordinadamente con la atención hospitalaria. No olvidar que en estas edades ya se establecen las primeras relaciones de pareja.

ESTAR ALERTA

El agresor puede localizar a la mujer a través de la información solicitada respecto de sus hijos e hijas.

Hay casos de asesinatos de menores de edad porque el maltratador conoce el daño que esta conducta infringe a la mujer para el resto de su vida.

El conocimiento o la detección de la situación de violencia pueden ocurrir en distintas circunstancias (Anexo 11):

- La mujer manifiesta que sus hijos o hijas son víctimas de la misma violencia que ella experimenta, en estos casos la madre es consciente de las repercusiones que han tenido las situaciones de violencia vividas.
- A través de profesionales que atienden a la mujer. El objetivo será que ella tome conciencia de los efectos negativos que sobre sus hijos e hijas ha tenido la situación vivida. El equipo de profesionales debe trabajar deconstruyendo los mitos y estereotipos asumidos, evitando la culpabilización que aparece una vez las mujeres son conscientes del daño sufrido por sus hijos e hijas.
- A través de los niños y las niñas expuestas a la violencia: bien porque lo manifiesten a alguna persona de su entorno, bien porque experimenten alguna sintomatología que haga saltar la alarma a algún profesional en contacto con ellos y ellas o porque han sido víctimas directas de la violencia y existe una intervención judicial, sanitaria y social.

Por tanto, en la atención sanitaria dada a la mujer se deberá verificar la presencia de menores de edad en el domicilio. Y si estos han podido ver o tomar conciencia de la situación de violencia de género. En la consulta, a los y las menores se realizará:

- Evaluación sistemática en los controles de salud (consulta a demanda o de programas de salud infantil) de situaciones de riesgo social y familiar.
- Detección precoz de indicadores de maltrato en el menor.
- Comunicación a Trabajo Social del centro.

- Notificación según indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil, expuesto anteriormente.
- Derivación a recursos específicos.
- Colaboración con otros sectores e instituciones.
- Seguimiento cercano de menores de edad que han experimentado violencia de género, valorando su reintegración, recaídas o reexposición a la violencia.
- Apoyo a las familias que han sufrido a causa de la violencia de género: asesoría, pautas educativas, reorientación de los recursos.
- Coordinación y trabajo en red con otras instituciones.

La exposición de menores a las manifestaciones de violencia de género es un indicador de riesgo y desprotección de tipo emocional y hay que notificar esta circunstancia según las indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil.

Las indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil para notificar son las siguientes:

- Si la madre aún vive con el agresor y no puede responder a la demanda de su función protectora, siempre debe prevalecer el interés superior del menor.
- Hay que notificar a Servicio de Protección al Menor los considerados como casos graves:
 - El niño, niña o adolescente implicado en episodios de violencia física y/o verbal entre las figuras parentales y los miembros de la unidad convivencial, que ha sufrido un daño físico o presenta síntomas de daño psíquico como consecuencia de ello
 - O bien, no habiendo sido testigo de estos episodios, se valora que hay un riesgo elevado de que se repitan y pongan en serio peligro su vida o integridad física (valorarlo según SOR de la madre).
- Se notificará a los Servicios Sociales el resto de situaciones relacionadas con violencia de género y consideradas como leves o moderadas que requieran valoración e intervención (Anexo 12).

Siempre que los y las menores estén expuestos a situaciones de violencia de género habrá que comunicarlo (ver el Capítulo 4 “Aspectos éticos y legales” de este Protocolo)

CÓMO NOTIFICAR

- Al Juzgado de Guardia, a través del propio Parte al Juzgado realizado a la madre, especificando que los/las menores están expuestos a violencia de género. Si los/las menores presentan lesiones físicas o psíquicas hay que cumplimentar un Parte al Juzgado específico del/ la menor.
- A la Fiscalía de Violencia de Género (en casos de SOR). Si no hay denuncia de la madre, especificar en la Comunicación a Fiscalía que los menores conviven con la situación de maltrato.
- Al Servicio de Protección al Menor o a Servicios Sociales, según indicaciones de apartado anterior.

2.4 Actuación con hombres que ejercen violencia sobre las mujeres

Las intervenciones sanitarias a realizar desde Atención Primaria son las que tienen que ver con las necesidades de atención como usuario, derivadas de su estado de salud.

Tanto médicos y médicas de familia como pediatras deben extremar la confidencialidad, evitando informar al maltratador sobre la mujer, hijas e hijos, para protegerles e impedir que pueda llegar hasta ellos. En caso de tener conocimiento de medidas o pena de alejamiento, desde los servicios sanitarios se puede omitir información de los hijos e hijas, derivando al órgano judicial para solicitar dicha información.

Las competencias de intervención y tratamiento de los hombres condenados por violencia de género corresponden al Ministerio del Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

En este apartado se pretende profundizar en la atención a aquellas mujeres que por sus circunstancias específicas presentan especial vulnerabilidad según se ha tratado en el capítulo 3 del Protocolo.

Hay que estar especialmente atentos ante aquellas situaciones en las que se presentan varios de estos factores, por ejemplo, mujeres mayores, con discapacidad y que además viven en el ámbito rural o mujeres víctimas de trata que además tienen discapacidad. Todas las combinaciones son posibles.

3.1 Actuación en situaciones de vulnerabilidad

a) Embarazo

El embarazo es una etapa en la que prácticamente la totalidad de las mujeres acuden a los servicios de salud. En Andalucía, la cobertura durante el control de embarazo en el sistema sanitario público es muy alta, con una tasa del 99,2% en 2015 (Consejería de Salud, 2015). Así pues, aunque la solución al problema de la violencia de género requiere un abordaje multidisciplinar, el sector sanitario tiene un papel muy significativo en la prevención primaria de la violencia y los y las profesionales de la salud se encuentran en una situación de responsabilidad particular.

En Andalucía la atención a las mujeres gestantes está incluida dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria y Atención Especializada. Desde que la mujer tiene un test de embarazo positivo, hasta que finaliza el puerperio inmediato, hay un proceso con una serie de actuaciones a desarrollar, en las que intervienen profesionales de Medicina de Familia, Matrona, Enfermería de Atención Primaria, Obstetra, Auxiliar de Enfermería y Servicio de Atención a la Ciudadanía en Atención Primaria.

Esto implica al menos 14 visitas a los servicios de salud (más un mínimo de 3 sesiones de preparación al nacimiento y la crianza) en los embarazos sin riesgo. De ahí que el Programa de Atención al Embarazo se considere una oportunidad única, pues posiblemente sea el momento vital donde más contacto tiene una mujer sin patologías con el sistema sanitario.

b) Medio rural

La mayoría de los centros de salud y consultorios cuentan con equipos técnicos y humanos menos dotados que en las zonas urbanas. El personal de salud expresa que los protocolos de actuación sanitaria parecen estar diseñados para equipos con plantillas muy numerosas o entornos organizativos más complejos que los que se dan en este medio, sin tener en cuenta las peculiaridades y los escasos recursos disponibles del medio rural y que las pautas de identificación de las mujeres maltratadas están directamente relacionadas con la presencia de protocolos locales de coordinación y también con la cultura local de uso de recursos.

Además de seguir las pautas establecidas en este protocolo, desde los servicios sanitarios y conjuntamente con profesionales a nivel local (concejalías, policía local, guardia civil, asociaciones, etc.), en las comisiones intersectoriales locales, habrá que:

- Establecer zonas de atención prioritarias que den cobertura a la escasez de recursos de los núcleos más pequeños.
- En las zonas rurales es especialmente necesario garantizar el respeto por la intimidad de la mujer en cuanto a la atención y mantenimiento de su anonimato. La privacidad está relacionada sobre

todo con una garantía de seguridad de la mujer y también es una condición para la utilización del servicio.

- Elaborar y difundir un mapa de recursos y un programa de actuación local que articule la intervención de todas las instituciones y profesionales, que contemple los horarios y coberturas temporo-espaciales la ubicación de cada recurso, así como su accesibilidad (ubicación, lejanía de los recursos, medios de transporte y horarios).
- Designación de personas de referencia a lo largo del proceso de orientación, atención y recuperación que evite la victimización de la mujer y aumente la eficacia del proceso.
- Implicación de todos los y las profesionales a nivel local (del ayuntamiento, fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios sociales y servicios sanitarios), encaminada a prestar una atención bien coordinada a las víctimas de violencia de género.
- Mejorar la protección, atención y seguridad de las mujeres, atendiendo a sus niveles de riesgo. Esto incrementa la seguridad subjetiva al encontrar en su zona una respuesta institucional eficaz.
- Derivar a los centros y servicios de atención e información a las mujeres más cercanos para prestar asesoramiento sobre inserción sociolaboral, ayudas y recursos económicos y asistenciales.
- Creación y mantenimiento de comisiones de participación de centro. Las mesas o comisiones técnicas de salud mejoran la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la continuidad asistencial.
- Participación en mesas o comisiones técnicas intersectoriales, para facilitar la coordinación entre los diferentes organismos y mejorar la atención a las mujeres, junto a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad, Medicina Legal, fiscalía, juzgados, servicios sociales y organismos de igualdad, educación o asociaciones. Formalizar un procedimiento de atención y comunicarlo a todos los sectores implicados.
- En los Planes Locales de Salud, Planes de Zonas Desfavorecidas u otros análogos en los que se diseñen desde la entidad local, incluir actuaciones en materia de prevención de la violencia de género y promoción de las relaciones igualitarias como de intervención.

Otras actuaciones a implementar en el ámbito rural no dependen directamente de los y las profesionales sanitarios, pero son recomendaciones a tener en cuenta:

- Adaptar el material divulgativo al medio rural para que las mujeres se sientan más identificadas.
- Implicar a las asociaciones de los pueblos en la lucha contra la violencia de género, proporcionando cauces de encuentro e intercambio con los y las profesionales. Solo con la implicación de todo el tejido social (asociaciones de mujeres, asociaciones de pensionistas, cofradías, hermandades, profesionales de la educación, de la sanidad, centros de desarrollo rural, sindicatos agrarios, etc.), se puede llegar a erradicar este problema.
- Sensibilización de la población rural mediante la organización de actos en los que participen los y las profesionales que trabajan en este campo con el fin de que se reconozcan los procesos violentos desde su fase de inicio, así como los recursos disponibles en la zona.
- Fomentar el uso de los medios telemáticos y de la accesibilidad a ellos en los pequeños municipios.

c) Edad mayor de 65 años

- Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.
- Las actuaciones ante la violencia de género deben adaptarse a la realidad de las mujeres, por ello, además de seguir las pautas establecidas en este protocolo habrá que:
- Instaurar una pregunta rutinaria (general o bien si existen indicios) acerca de la situación con su pareja, garantizando el respeto a la intimidad y mantenimiento del anonimato.
- Designar a personas de referencia a lo largo del proceso de orientación, atención y recuperación para aumentar la eficacia, que ofrezcan apoyo, protección y seguridad.
- Implicar a las asociaciones (asociaciones de mujeres, asociaciones de pensionistas, cofradías, hermandades, asociaciones de jubilados y jubiladas, IMSERSO, etc.) en la lucha contra la violencia de género, proporcionando cauces de encuentro e intercambio con profesionales ante la violencia de género.

Otras actuaciones a implementar para la atención a mujeres mayores no dependen directamente de los y las profesionales sanitarios, pero son recomendaciones a tener en cuenta:

- Sensibilizar a la población mayor sobre la violencia de género mediante la organización de actos en los que participen profesionales que trabajan en este campo.
- Potenciar el servicio de Teleasistencia Móvil (TAM) agilizando los trámites para su acceso a través de las y los trabajadores sociales correspondientes.
- Fomentar el uso de los medios telemáticos y la accesibilidad a ellos.
- Creación y mantenimiento de comisiones de participación. La coordinación de las actuaciones se organiza a través de mesas o comisiones técnicas de salud, que mejoran la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

d) Discapacidad/ diversidad funcional

Aunque la investigación encontrada versa fundamentalmente sobre la discapacidad física y sensorial, es necesario atender a todos los grupos, como los grupos de mujeres con discapacidad intelectual, enfermedad mental, y polidiscapacidad.

Las actuaciones ante la violencia de género deben adaptarse a la realidad de cada mujer, por ello, además de seguir las pautas establecidas en este protocolo, habrá que:

- Realizar un doble esfuerzo en la identificación de estas situaciones, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria y en las visitas a mujeres institucionalizadas. Si ya resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando una mujer sin discapacidad no lo verbaliza o no presenta lesiones,

en el caso de estas mujeres la dificultad se acrecienta debido a los factores de riesgo ya descritos y a las formas específicas en que el maltrato se puede manifestar.

- Es de especial relevancia la sensibilización y formación de las y los profesionales que están en mayor contacto con estas mujeres como son Trabajo Social, Enfermería Gestora de Casos y profesionales que visitan centros residenciales.
- Utilizar las estrategias descritas en este protocolo, dependiendo del tipo de discapacidad, para mejorar la comunicación con ellas.
- No escatimar el tiempo ante la presencia de una mujer con discapacidad.
- Incidir en los factores que dificultan el reconocimiento del maltrato por parte de las mujeres con discapacidad y la toma de decisiones para la ruptura y denuncia, factores que habrá que tener en cuenta en el trabajo de acompañamiento que se realice. Algunas justificaciones que ellas mismas refieren pueden ser:
 - *Le tengo que estar agradecida por estar conmigo, a pesar de mi discapacidad.*
 - *Si yo no tuviese discapacidad la cena habría estado a tiempo...*
- En la valoración de la fase de cambio en la que se encuentran, aparte de los aspectos comunes a todas las mujeres habrá que tener en cuenta las particularidades propias del maltrato hacia ellas.
- La intervención con las mujeres con discapacidad exige un trabajo individualizado, tras una evaluación integral.
- Las y los profesionales de Trabajo Social pueden ser de gran ayuda por su conocimiento de los recursos dirigidos hacia las personas con discapacidad, así como los de la Enfermería de gestión de casos, por la posibilidad de captar casos en la visita domiciliaria.
- Cuando se considere necesario, impulsar su incorporación a un grupo de apoyo específico, si existe, y a los GRUSE-M.

Cómo preguntar

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de preguntas en casos de sospecha, dirigidas a detectar los tipos específicos de violencia infringidos a las mujeres con discapacidad:

Se sabe que cuando hay algún tipo de discapacidad nos hacemos más vulnerables a los abusos y violencia:

- ¿Le pasa a usted eso?
- ¿Cómo es la relación con su pareja?
- ¿Toma usted las decisiones sobre cuestiones importantes de su vida cotidiana? ¿Dónde ir, qué ponerse, cómo gastar su dinero?
- ¿Le hace sentir culpable por su discapacidad?, ¿le descalifica o le insulta?
- ¿Le impide el acceso a la silla de ruedas o cualquier ayuda técnica que sea necesaria para su desenvolvimiento?

- ¿Le amenaza con que le va a quitar a sus hijos e hijas por causa de su discapacidad?

Si la discapacidad ha sido adquirida recientemente:

- ¿Ha cambiado la relación con su pareja tras la enfermedad o la discapacidad?

Si la mujer necesita ayuda para las actividades de la vida diaria:

- ¿Usted siente que las actividades de aseo y de cuidado se realizan con respeto a su intimidad y a su integridad personal?

Estrategias de comunicación hacia las mujeres con discapacidad

En ocasiones existe desconocimiento e incertidumbre sobre cómo interactuar con una mujer que debido a su discapacidad tiene una experiencia de vida diferente. En la mayor parte de los casos, tener sensibilidad hacia las diferencias, siendo conscientes a la vez de elementos comunes que nos afectan a todas las personas, es la mejor estrategia para acercarse a las necesidades de estas mujeres.

Las mujeres con discapacidad son las mejores conocedoras de sus experiencias vitales. Es necesario atenderlas de forma integral y con respeto a su individualidad, propiciando el ambiente para entrevistarlas en solitario si fuese necesario, máxime en un asunto como es la violencia de género, donde la figura de su pareja y persona que va con ella a la consulta pueden coincidir. Es preciso tener siempre claro que la titular de la atención es la mujer y, por tanto, siempre hay que dirigirse a ella. La persona que la acompaña puede ser un apoyo, pero nunca sustituye en la comunicación a la mujer que está en consulta.

Las siguientes estrategias podrán mejorar la comunicación con las mujeres afectadas por distintos tipos de discapacidad:

Mujeres usuarias de silla de ruedas

- Es mejor realizar la entrevista sin estar de pie, con objeto de mantener el contacto visual, con los ojos a la misma altura que los de ella.
- Si fuese necesario levantarse, es conveniente moverse despacio y no situarse a su espalda.
- Si se realiza una exploración en la camilla, no alejar demasiado la silla de ruedas.
- En caso de exploración ginecológica, valorar la pertinencia de derivar a la mujer a la Red de Consultas Ginecológicas y obstétricas para mujeres con movilidad reducida, con mobiliario clínico adaptado.

Mujeres con discapacidad auditiva

- Detectar la forma en que las mujeres con discapacidad auditiva desean comunicarse: a través de gestos, a través de escritura, realizando lectura labial o utilizando la lengua de signos.
- Si no presta atención, hay que mirarla de frente, y si es necesario, tocarle el hombro.
- En caso de que lleve aparato de audición, no significa que nos escuche ni entienda claramente.
- Recordar que las mujeres con discapacidad auditiva están orientadas visualmente.
- Evitar gritar o hablar despacio ya que esto dificulta nuestro discurso, movimientos del labio, y expresiones faciales.
- Nunca hablarle directamente en su oído.

- Utilizar los gestos y la mímica para complementar la comunicación, por ejemplo, indicar hacia una silla para ofrecerles un asiento.
- No asumir que no pueden hablar o utilizar su voz. A veces prefieren no hablar debido a la calidad de su discurso.
- Es importante observar sus expresiones faciales y el lenguaje corporal. Esto ayudará a entender mejor cómo se sienten.
- Hay que incluirlas en todas las conversaciones y describir lo que ocurre a nuestro alrededor (si nos distraen debido a un ruido), las fases de la atención prestada, etc.
- Hablar de forma clara. Emplear preguntas e instrucciones cortas y sencillas. No exagerar la articulación de las palabras.
- Si es necesario, hablar un poco más alto de lo normal, pero sin gritar, ya que los tonos extremadamente altos no se transmiten de igual forma que los normales en los aparatos de audición.
- Hay que prepararse para repetir con frecuencia las preguntas e información utilizando diferentes palabras para reformularlas.
- Evitar formular preguntas que se respondan con “sí” o un “no”, ya que puede dar lugar a malentendidos.
- Si la mujer viene acompañada de un o una intérprete de lengua de signos, hay que tener presente que está solamente para transmitir la información, debiendo en todo momento dirigirnos a la mujer con discapacidad.

Otras pautas a tener en cuenta:

- Situarse con el o la intérprete a nuestro lado de modo que las mujeres con discapacidad puedan dirigir su mirada entre nosotros y el o la intérprete.
- Hablar con un tono de voz y ritmo normal, directamente a las mujeres, no al o a la intérprete.
- Pedir a las mujeres que repitan o aclaren una respuesta si no se la entiende

e) Migración

Las referencias sobre la desigualdad entre hombres y mujeres son más manifiestas en algunos de los lugares de origen, lo que origina que el recurso a la violencia se revista de legitimidad y normalidad para los agresores y también para las víctimas.

En primer lugar, las circunstancias de aislamiento en las que se encuentran las mujeres migrantes, bien por ausencia de redes familiares o de amistad, las sitúa en un alto grado de dependencia respecto al agresor, propiciando inseguridad y una dificultad mayor para salir de la violencia.

Habitamos una sociedad con una organización estructural desigual para hombres y mujeres, si añadimos las diferencias socioculturales de las mujeres inmigrantes, su situación de inferioridad se incrementa y por tanto el riesgo de maltrato.

Estas mujeres provienen de entornos con acusados roles sexistas, de precariedad económica y laboral, de situaciones administrativas irregulares, con miedo a ser expulsadas del país, dificultades de comunicación

y expresión debido a las barreras idiomáticas y dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios. Se han identificado resistencias en el acceso a los recursos, como son el recelo de la mujer extranjera procedente de ciertas culturas a ser examinadas por facultativos varones en centros sanitarios al ser atendidas por lesiones físicas o psíquicas; circunstancia que también ocurre ante los reconocimientos médico-forenses, así como la desconfianza ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y otras instituciones públicas.

No olvidar que las mujeres inmigrantes tienen historias muy diversas y no se las debe tratar como un colectivo único, sino que es tan heterogéneo como las sociedades de las que forman parte y tan diverso como las individualidades que lo constituyen. Cada historia vital es única y compone un conjunto de encrucijadas y respuestas frente al hecho de vivir, muy a menudo en condiciones extremadamente difíciles. Habrá que abordar el problema de la violencia de género atendiendo a sus circunstancias específicas, con el objeto de mejorar la atención y la prevención desde una perspectiva global mediante la creación de las condiciones adecuadas, con la participación de servicios sociales, ONG de la zona y personas mediadoras.

f) VIH

Las mujeres en relaciones con violencia de género pueden tener miedo a utilizar servicios de prevención y detección de VIH, a comunicar un estatus VIH+ a su pareja y/o retrasar el inicio del tratamiento. Por esta razón, es especialmente importante ofrecer una atención sanitaria respetuosa y no discriminatoria para abordar la intersección entre violencia de género y VIH, y prestar atención a posibles intersecciones entre violencia de género y VIH.

Aparte de las recomendaciones generales de atención sanitaria a mujeres que han sufrido violencia de género en la pareja, se pueden nombrar las siguientes recomendaciones específicas en la atención a mujeres víctimas de violencia de género que viven con el VIH:

- Ofrecer una atención respetuosa y no discriminatoria.
- No revelar el estatus VIH+ a terceras personas (ej. a familiares, agresor, amistades).
- Prestar atención a situaciones de especial riesgo de exposición al VIH en la atención a víctimas de violencia de género y a situaciones de riesgo de violencia de género en mujeres que viven con el VIH.
- Ofrecer mediación para ayudar en el proceso de comunicación sobre un estatus de VIH+ a la pareja.
- Realizar actividades de sensibilización sobre la temática.
- Ofrecer el contacto con asociaciones y grupos de apoyo mutuo.

g) Expresión e identidad de género

Para la aplicación de medidas de protección contra la violencia de género, es importante tener en cuenta lo establecido en la Circular 6/2011 sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en relación a la violencia sobre la mujer. La Circular establece la aplicación de la protección contra la violencia de género establecida en la LO 1/2004, de 28 de diciembre a mujeres trans víctimas de violencia de género que hayan rectificado la inscripción del sexo en el Registro Civil, siguiendo lo establecido en la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las

personas. Además, indica que “aun cuando la mujer transexual no haya acudido al Registro Civil para rectificar el asiento relativo a su sexo, si se acredita su condición de mujer a través de los informes médico-forenses e informes psicológicos por su identificación permanente con el sexo femenino, estas mujeres transexuales, nacionales y extranjeras, pueden ser consideradas como víctimas de violencia de género”.

En la atención sanitaria a personas trans, es importante preguntar siempre a la persona cómo quiere ser llamada (nombre y género). Además, se recomienda informarla sobre la posibilidad de cambiar el nombre en la tarjeta sanitaria y BDU, aunque aún no haya modificado los datos en el DNI, cumplimentando el formulario correspondiente en la recepción del centro sanitario.

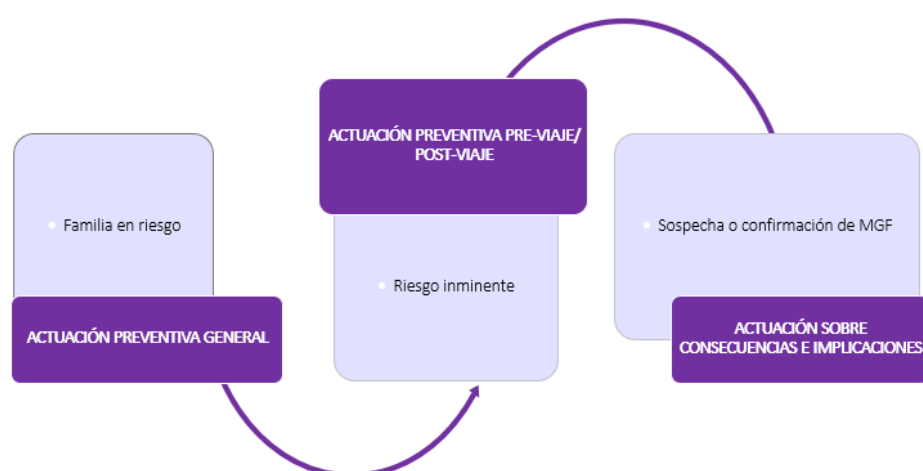
3.2 Actuación en situaciones especiales

a) Mutilación Genital Femenina (MGF)

La jurisdicción española es competente para perseguir la MGF realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional. El artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), consagra el principio de extraterritorialidad, de tal forma que la MGF es punible, aunque se practique fuera del país. Por tanto, la MGF puede ser perseguida dentro y fuera del territorio español cuando se realiza por residentes o a residentes habituales en España, independientemente de su nacionalidad.

La Ley Orgánica 11/2003, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, modificó el artículo. 149 del Código Penal, de manera que la práctica de cualquier tipo de MGF es considerada un delito de lesiones y es condenada con penas de hasta 12 años y la retirada de la patria potestad. Y, además, la MGF está incluida en el Código Penal, por lo que es de declaración obligatoria en el caso de los y las profesionales sanitarios, tal y como viene recogido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

FIGURA 6. ACTUACIONES SANITARIAS EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



Actuación preventiva general

Se trata de una estrategia de Prevención oportunista por parte de:

- Personal de medicina y de Enfermería de familia, cada vez que acudan a las consultas programadas por otras causas.
- Desde los centros de vacunaciones internacionales, si acuden para solicitar información sobre vacunaciones específicas antes de viajar al país de origen si pertenece a áreas donde es una práctica habitual.
- En el servicio de pediatría ante un viaje al país de origen debe ser un motivo de sospecha e igualmente se debe estar alerta ante problemas de salud relacionados con MGF previa.

Actuación en Situación de riesgo inminente

- **Acción preventiva pre-viaje.**

Cuando se tiene constancia de que una familia de riesgo está preparando un viaje al país de origen:

1. Citar a la menor
2. Informar de los daños y consecuencias que estas prácticas le causarán a la menor y de que es considerado un delito en nuestro país.
3. Ofrecer el documento de “Compromiso preventivo” (Anexo 13): documento escrito donde los padres se comprometan a no mutilar a su/s hija/s.
4. Se incluirá este documento, una vez firmado, en la Historia Clínica.
5. Si la actitud de la familia es firme y a favor de la MGF y se niegan a firmar el Compromiso preventivo, se realizará una notificación URGENTE al Servicio de Protección de Menores (Anexo 14), y se valorará emitir comunicación a Juzgado de Guardia, si los padres persisten en esa actitud a pesar de haber sido informados de las consecuencias legales.
6. Dar cita para cuando regresen del viaje.

CUADRO 13. EL COMPROMISO PREVENTIVO ANTE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- La negativa a firmar el compromiso por parte de la familia se considera factor de riesgo y lleva consigo también la comunicación a menores.
- Es una herramienta de apoyo, pero no tiene validez legal.
- No excluye ni sustituye otras medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo.
- La existencia del compromiso preventivo debería ser el registro que demuestra que los y las profesionales han realizado la aproximación preventiva

- **Acción preventiva post-viaje.**

Se citará a la niña en consulta programada tras la vuelta para realizarle un control de su estado de salud físico y psicológico. Si no ha sido mutilada, se realizará refuerzo positivo e implicar a la familia para prevenir la MGF en su comunidad.

Si no acude a consulta, se comunicará su ausencia a los Servicios Sociales y Educativos, para la localización de la niña y de la familia. Se enviará la notificación a los servicios especializados de menores (Anexo 12).

Sospecha o confirmación de MGF

- **Menor con MGF**

1. Analizar consecuencias físicas y psicológicas.
2. Tratar estas consecuencias. Posible reconstrucción y cirugía genital.
3. Se comunicará a la Fiscalía de Menores acompañado de informe médico y Parte al Juzgado.

- **Adulta con MGF**

1. Registrar en la Historia Clínica el tipo de MGF y las secuelas existentes, la planificación y prevención realizada y los cuidados que se precisen.
2. Si tiene hijas menores de edad se debe comunicar a Pediatría AP/AE, e iniciar actividades preventivas, explorando creencias, sentimientos y consecuencias en la salud.
3. Atender las complicaciones existentes (cicatrices extensas o mutilaciones graves; el introito vaginal, el periné e incluso el tercio inferior de la vagina pueden estar estenosados o rígidos).
4. Especial cuidado en las exploraciones ginecológicas antes y durante el embarazo.
5. Especial cuidado en el parto.

Desinfibulación

Procedimiento quirúrgico para permitir las relaciones sexuales o el parto.

Incisión vertical a lo largo de la superficie anterior de la cicatriz infibulada.

Se recomienda realizarla en el segundo trimestre (entre la 20-28 semanas), y si no es posible se realizará en el momento del parto, aunque no existe clara evidencia de cuál es el momento ideal para su realización.

b) Prostitución

Las y los profesionales de los centros de salud deben abandonar los prejuicios tradicionales relativos a la prostitución y sustituirlos por una acogida respetuosa y abierta a la comunicación y a la escucha activa y, además:

- Fomentar la mediación para propiciar su inserción en redes sociales y locales a fin de paliar su soledad y aislamiento, con la ayuda de ONG especializadas en la atención y ayuda a mujeres en esta situación.
- Adecuar la información, la metodología y los materiales educativos a los perfiles culturales de las mujeres a las que se dirigen las intervenciones.
- Fortalecer los dispositivos sociosanitarios para que encuentren un espacio de escucha y atención que reduzca su vulnerabilidad a enfermar, así como las reiteradas recidivas psicosomáticas y mentales. Derivar, en caso necesario, a otros servicios sanitarios y sociales.
- Incentivar los programas de educación para la salud de las ONG (prevención y reducción de daños) con perspectiva de género.
- Potenciar el uso de anticonceptivos también con sus parejas, administrar las vacunas necesarias y profilaxis de embarazo.

c) Víctimas de trata con fines de explotación sexual

Detección, valoración e identificación

La detección es sólo el primer paso de un proceso largo y exhaustivo para ofrecer atención y protección a corto y a largo plazo a las víctimas de trata con fines de explotación sexual (VTEX).

DETECCION: la detección se realiza en base a indicios o sospechas que las y los profesionales pueden registrar durante su encuentro con la mujer.

IDENTIFICACION: la identificación es un procedimiento formal específico competencia de las unidades policiales (EMUME, UCRIF, etc), que valoran los riesgos y proponen las medidas de protección, seguridad y privacidad que la VTEX necesite.

El personal de salud no es responsable de la identificación de las víctimas, pero es importante que tengan perspectiva acerca del procedimiento para comprender el proceso y dar protección a estas mujeres.

El papel del personal médico se limita a reconocer las señales que pueden indicar que la mujer es una VTEX y, en tal caso, poner en conocimiento de las entidades especializadas en la intervención con VTEX y de las autoridades.

Es posible que los/as profesionales de la salud hayan tenido contacto con alguna persona víctima de trata con fines explotación sexual, y que, sin ser conscientes de sus circunstancias, hayan perdido la oportunidad de ayudarla a escapar de la situación.

CUADRO 14. INDICADORES DE SOSPECHA DE TRATA DE MUJERES CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

1. Le acompaña alguien que parece ejercer cierto control sobre ella.
2. Presenta signos físicos de violencia o abuso.
3. Se muestra con incapacidad de hablar en español o lo hace con mucha dificultad.
4. Su residencia en la ciudad o el país es reciente y se muestra incapaz de proporcionar detalles con su dirección.
5. Carece de pasaporte o tarjeta sanitaria.
6. Presenta signos de sumisión o miedo.
7. Procede sobre todo de Europa del Este, Paraguay, Brasil, República Dominicana, Nigeria o China.
8. Acude al hospital o profesional sanitario como último recurso.
9. Presenta enfermedades infectocontagiosas o acude por temas relativos a la salud sexual y reproductiva

Es preciso señalar que, en muchos casos, a la mujer no le gusta que la consideren víctima, y no se reconoce bajo dicha denominación.

Si la mujer no está preparada para denunciar y es derivada prematuramente a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FYCS), podemos ponerla en peligro y perder la oportunidad de protegerla y por este motivo es de suma importancia que reciba confianza, comprensión y seguridad por parte de quien le atiende en el centro médico.

En caso de que la posible VTEX sea o se sospeche que puede ser menor de edad, también se deberá avisar al Servicio de Protección de Menores.

Entrevista clínica y tratamiento de la información

- Ofrecer confianza y seguridad: se pedirá a quien le acompañe que salga de la consulta. Hay que asegurarse de que se entienden mutuamente. Ofrecerle la intervención de una persona mediadora o intérprete si no entiende el español. Se puede hacer uso también del servicio de teletraducción de Salud Responde.
- Mantener toda la información en un lugar seguro. La información electrónica debe ser protegida con claves de seguridad (en caso de sospecha de trata se registra en la Historia Clínica en el espacio Motivo de consulta y con las siglas TrM).
- La sensibilidad y empatía del personal de salud han de ser extremas, hay que tener presente que puede estar ante una persona a la que le han sido quebrantados todos sus derechos fundamentales.
- Dar información y asesoramiento. Emplear el tiempo necesario para informarle y preguntar si tiene alguna duda, este es un paso esencial antes de pedirle el consentimiento expreso. Antes de compartir o transferir información sobre ella a otras personas proveedoras claves de servicios.

Revisión comprensiva de los síntomas de las víctimas de trata

Las pacientes no siempre expresarán sus molestias o pueden no responder a las preguntas por miedo, falta de confianza o vergüenza. Hay que estar vigilantes y buscar signos de otras condiciones clínicas no mencionadas en la anamnesis. Además, el examen físico puede desencadenar recuerdos y producir efectos adversos (obnubilación, hiperventilación...), por lo que interesa observar su estado durante el examen (p. ej. algunas mujeres pueden haber sido explotadas para la producción de pornografía, en estos casos se debe de tener un cuidado especial si es necesario fotografiar sus lesiones).

- Examen forense, siguiendo las instrucciones incluidas en el Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía.
- Trauma sexual y salud reproductiva. Cuando esté indicado, hacer un examen pélvico e incluir preguntas específicas acerca de la salud sexual y reproductiva.
- Deficiencias nutricionales. Al historial de abuso de sustancias y sus efectos se suman los problemas de la mala nutrición, por lo que se recomienda buscar evidencias de sus deficiencias.
- Salud bucal. Una mala salud bucal es muy común y a veces un factor comórbido que puede contribuir a la mala nutrición, dolores de cabeza crónicos, trastornos del sueño y problemas gastrointestinales.
- Trastornos neurológicos y psiquiátricos. Entre los síntomas más comunes están los dolores de cabeza crónicos y múltiples traumas asociados a la pérdida de conciencia e historias que sugieren síndromes de contusión y post-contusión. Trastornos por ataques, pseudoataques y disociación.
- Indagar sobre enfermedades infecciosas comunes asociadas con la historia de viaje y sus exposiciones, incluyendo enfermedades transmitidas por el aire, el agua y los mosquitos.

Ante una situación de maltrato nos enfrentamos a un problema de Salud Pública con repercusiones jurídicas, tanto para la mujer, sus hijas e hijos, como para el personal sanitario. Esto plantea en ocasiones un dilema ético en la toma de decisiones.

El personal sanitario **tiene la obligación legal** de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. Sin embargo, es frecuente que las mujeres que acuden a los servicios sanitarios, a pesar de presentar lesiones importantes, no reconozcan verbalmente su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas para las que ellas no están preparadas o no desean. En ocasiones se teme que la acción judicial pueda exacerbar la conducta agresiva de su pareja o expareja, o puede existir desconfianza en cuanto a la protección que se le pueda ofrecer, o vergüenza por hacer pública su situación.

4.1 Responsabilidades legales del personal sanitario

En la LIVG la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres “por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia” tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en su Anexo II, apartado 6.6.3.y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, atención especializada y urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr) señala:

- **Artículo 262:**

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

- **El Artículo 355 menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina:**

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

- **El artículo 544 ter. incorpora, en relación a la orden de protección:**

“Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta ley, las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.”

- **Y añade:**

“La orden de protección podrá solicitarse directamente ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las oficinas de atención a la víctima o los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones Públicas”.

- **El artículo 773.2, junto con el artículo 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal** permite que las instituciones implicadas en la atención a las mujeres, en este caso los centros sanitarios, comuniquen datos objetivables de posible situación de riesgo en la mujer, y que la Fiscalía lleve a cabo la investigación de una situación de maltrato que no haya sido denunciado, dando contenido al artículo 544 ter., en aras de incentivar la protección pre procesal a las víctimas en aquellos supuestos en que estas no quieran o no puedan denunciar.

Por lo que, no comunicar la sospecha de maltrato aludiendo al secreto profesional, impedirá poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer regulada por el artículo 544 ter. de la LECr.

Por tanto, en caso de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicará al Juzgado de Guardia y/o Juzgado de Violencia sobre la Mujer mediante el Parte al Juzgado, al que puede acompañarse un informe médico según el procedimiento explicado más adelante.

En otras situaciones de violencia no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el Parte al Juzgado, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se enviará también al Juzgado de Guardia.

Además, se han de tener en cuenta las leyes que regulan los derechos de las pacientes:

La Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), de la que se desprende el compromiso de confidencialidad que implica:

- El registro confidencial de la información. Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la Historia Clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (p. ej. garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).
- Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en Medicina de Familia y Enfermería el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo al maltratador y a los hijos e hijas mayores de 14 años. Conviene garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.
- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.
- En caso de emitir un Parte al juzgado, no adjuntar nunca la Historia Clínica y recoger en el Parte al Juzgado la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato. Si el personal médico remite más información de la necesaria, puede tener responsabilidad judicial en caso de ser demandado por vulnerar la ley de protección de datos.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y fomentar la autonomía de la mujer, para que pueda tomar decisiones informadas y ser protagonista de su propio proceso de recuperación, conociendo las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.

a) Responsabilidades legales con hijos e hijas de mujeres en situación de violencia de género

En cuanto a la atención de las hijas e hijos es necesario tener en cuenta en las actuaciones sanitarias la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que reconoce a los menores de edad como víctimas directas de la violencia de género.

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

b) Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género

En su Título II, la LIVG reconoce los siguientes derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo:

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

Asimismo, es importante conocer que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los Extranjeros en España y su integración social, contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el

que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

4.2 Dilemas éticos en la atención sanitaria

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales de la salud derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen sus actuaciones. Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y la legislación obliga, y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad.

En esta situación, emitir un Parte al Juzgado sin el consentimiento de la mujer les sitúa ante un conflicto ético, ya que pueden percibir estar violando el secreto profesional. Además, puede producirse el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por considerar que no se han respetado sus deseos, con posibilidad de la ruptura de la relación profesional- usuaria, y con el potencial aumento del riesgo para la salud o la vida por la represalia del maltratador.

A pesar de presentar lesiones importantes, muchas mujeres que viven relaciones de maltrato no acuden a los servicios sanitarios por vergüenza, amenazas del maltratador o por temor a que se comunique al juzgado el origen de sus lesiones. En la toma de decisiones, el personal sanitario tendrá en cuenta el respeto a las decisiones de la mujer, la valoración del riesgo y cumplir con las obligaciones legales.

Es importante respetar la autonomía decisional de la mujer (principio de autonomía) y el compromiso de confidencialidad, conjugando el velar por la vida y el beneficio de las mujeres (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia), con las actuaciones necesarias encaminadas a su protección (principio de justicia social).

Como se ha indicado anteriormente, la legislación establece y especifica los casos en los que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los artículos. 2 y 8 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica.

Teniendo en cuenta que cada caso es singular, se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación de cada mujer, según actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes (ver figura 1 de este Protocolo).

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

Existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos (por ejemplo, prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor).

4.3 La comunicación de la situación de violencia de género.

La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el Parte al Juzgado e informe médico si fuera necesario, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune.

Cuando se emita un Parte al Juzgado, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

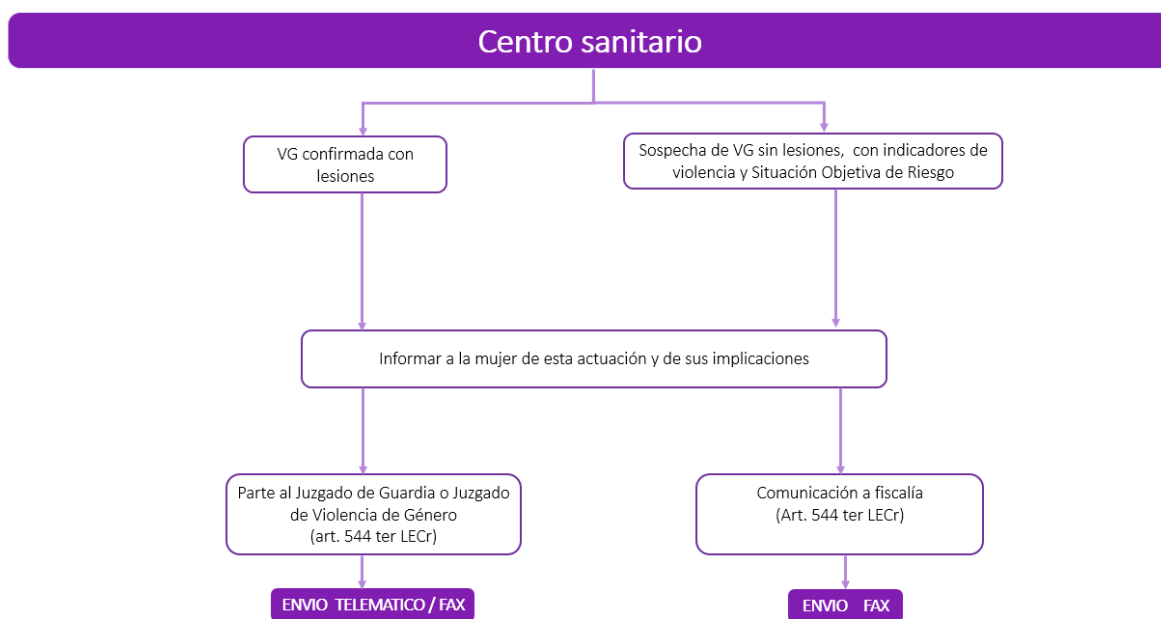
En caso de que la mujer manifieste su deseo de que no se emita el Parte al Juzgado, es recomendable indagar las razones de su negativa, explorar sus miedos, sus razones y plantear con ella un plan que le ayude a superar sus necesidades y tener las debidas garantías de seguridad. Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen y contribuyen a su victimización secundaria.

Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera o en el caso de agresiones sexuales, se puede solicitar al Juzgado de Guardia la presencia en el centro sanitario de profesionales de Medicina Legal y Forense para una valoración conjunta.

En aquellos casos en los que el personal sanitario sospeche de la existencia de malos tratos, físicos o psíquicos, y se valora una SOR, se recomienda anotar todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la Historia Clínica y comunicar dicha situación a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer (Anexo 6), aportando la mayor información posible que facilite la investigación, y acompañado de un informe clínico que resuma las actuaciones existentes en su historia de salud relativas a la sospecha de maltrato-que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato (artículo. 173-2 del Código Penal).

Los y las profesionales del Servicio Andaluz de Salud que atiendan a mujeres víctimas de violencia de género, para garantizar el cumplimiento del deber de denuncia y de la protección de la mujer, según establece el Art. 262 y el 544 ter. párrafo 2º de Ley de Enjuiciamiento Criminal, comunicarán la confirmación o sospecha de violencia de género de la forma indicada en las siguientes situaciones.

FIGURA 7. COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO



a) Sospecha de Malos Tratos hacia las mujeres (ISMT)

La mujer no reconoce la situación de malos tratos por parte de la pareja, pero se observan indicadores de ellos.

- Cuando **no se presenten lesiones** físicas o psíquicas asociadas al maltrato y la valoración de **Situaciones Objetivas de Riesgo sea negativa**, se anotarán todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la Historia Clínica.
- Cuando no se presenten lesiones físicas o psíquicas asociadas al maltrato y la valoración de **Situaciones Objetivas de Riesgo sea positiva**, se comunicará a Fiscalía Provincial de Violencia sobre la Mujer (Anexo 6), aportando la mayor información posible sobre la situación de sospecha de malos tratos, acompañando de un informe clínico resumen de las actuaciones existentes en su historia de salud relativas a la sospecha de maltrato que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato.
- Si **presenta lesiones**, físicas o psíquicas asociadas al maltrato se cumplimentará el Parte al Juzgado (Anexo 8) que será remitido al Juzgado de Guardia, recogiendo de manera exhaustiva, las lesiones que se evidencien, así como si éstas se encuentran en distinto estadio evolutivo. En la causa presumible del origen de las lesiones no se consignará como violencia de género, sino lo que refiera la mujer, y para facilitar la investigación de los hechos, se incluirán los síntomas o signos que hacen sospechar que el origen de las mismas se pudiera corresponder con una situación de malos tratos hacia las mujeres por parte de la pareja. En el apartado de Observaciones, en “otros datos de interés para el órgano judicial”, podrán anotarse las diferencias entre el relato de la mujer de la causa de las lesiones y la localización, forma, tamaño, etc. de las mismas, y se señalará la sospecha de que la causa de las lesiones es diferente a la que refiere la persona.

En estas situaciones, a veces, y dependiendo de la gravedad de las lesiones, hay que hacer un esfuerzo en la valoración del riesgo por si hay que tomar la decisión de contactar con FYCS, ya que

cuando las mujeres están en una fase precontemplativa no suelen reconocer que viven en una situación de maltrato y en ocasiones minimizan el riesgo que corren.

b) Confirmación de Malos Tratos hacia las mujeres (CMT)

La mujer reconoce la situación de malos tratos por parte de la pareja

Cuando la atención sanitaria tenga como origen una situación de malos tratos por parte de la pareja, confirmada o reconocida por la mujer, se presenten o no lesiones como consecuencia de los malos tratos, el personal facultativo además de valorar la Situación de Peligro Extremo cumplimentará el Parte al Juzgado (Anexo 8), siguiendo las indicaciones expuestas anteriormente (apartados relacionados con planes de actuación en mujer que reconoce sufrir malos tratos) y teniendo presente que todos los datos que aporte la mujer así como los distintos síntomas y signos que observe el personal sanitario son relevantes, por lo que deben ser recogidos de manera exhaustiva, especialmente el apartado “Antecedentes de interés”.

Además, cuando la mujer esté en una Situación de Peligro Extremo se deberá:

- Activar el Protocolo de Protección del Centro (Anexo 10), especialmente cuando hubiera Orden de Alejamiento o bien Orden de Protección.
- Activar las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para garantizar la protección de la mujer.

c) El Parte al Juzgado para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.

El envío del Parte al Juzgado, supone su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad). En el Decanato se determinará cuál será el juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por el Decanato.

Recibido el Parte, el juez o la jueza ordenarán la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección para la mujer y el entorno familiar.

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

A veces, las FYCS que acuden a proteger a la mujer solicitan una copia del Parte al Juzgado; siempre que sea en sus funciones de investigación como policía judicial, se les podrá entregar una copia del Parte Judicial (consultar Anexo 14).

El Parte al Juzgado (Anexo 8) deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia por vía telemática si está habilitada. En aquellas localidades que exista Juzgado de Violencia sobre la Mujer, se podrá enviar directamente a estos Juzgados.

En Andalucía, la cumplimentación y tramitación del actual parte al juzgado queda regulado normativamente con el Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y con la Orden de 4 de junio de 2019, por la que se actualiza el contenido de los anexos del Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.

Dicho Decreto es de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que se hallen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En aquellos centros que no tengan acceso informático, estará disponible en modelo autocopiativo y para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias sean legibles. En los centros que esté disponible el parte en la Historia Clínica digital¹ o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente.

Es recomendable la **informatización del parte al juzgado**, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc. que impiden conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia dificultan la posterior evaluación pericial forense, que podrá repercutir también en la valoración por parte del juez o la jueza. Los datos aquí recogidos se regirán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

No es imprescindible para tal comunicación que el personal sanitario haya constatado la causa de la lesión por la propia declaración de la persona afectada. Ante la presencia de signos o síntomas claros para sospecharlo o simplemente por la incongruencia entre lo observado y lo referido, es suficiente para emitir un Parte al Juzgado.

Tampoco es necesario que el personal sanitario confirme los hechos causales, pero sí se solicita una constatación de las lesiones, una aproximación al pronóstico y que inicie una serie de actuaciones e informe de la situación a la Autoridad Judicial para que así ésta pueda adoptar las medidas que considere oportunas. Este aspecto, el de comunicar ante sospecha y no ante prueba fehaciente no es novedoso, ya se venía realizando por el personal sanitario de forma sistemática.

Por dicho motivo, el de presunción, se ha introducido en el modelo de Parte al Juzgado referencias textuales a “...*causa presumible... según manifiesta...*”, incluso un apartado específico donde el personal sanitario puede consignar sus dudas, relativas a que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la persona.

El Parte al Juzgado consta de original y tres copias:

- El original, que se enviará al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial por cualquier medio que garantice la

¹ En la actualidad se encuentra en fase de pilotaje el Módulo de Maltrato contra las Mujeres de la Historia Digital de Salud.

protección de los datos (Actualmente se está implantando la vía telemática con el sistema Hermes).

- La primera copia se entregará a la mujer, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la Historia Clínica hasta que ésta la solicite.
- La segunda copia se archivará en la Historia Clínica en el centro sanitario que haya emitido el parte.
- La tercera copia, destinada a información estadística, será tramitada de manera telemática en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los centros privados que no cuenten con posibilidad de remisión telemática, remitirán esta copia impresa a las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de su provincia.

Los centros que no dispongan de ninguna aplicación informática para la recopilación de estos datos estadísticos habrán de remitir la copia impresa. En la misma, no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos del presunto agresor, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su código numérico personal o número de colegiación, salvo el sexo.

- En caso de que las FYCS soliciten una copia del Parte al Juzgado, se imprimirán dos copias del mismo o se hará una fotocopia.

Deberán rellenarse los siguientes campos del formulario:

1. Datos del centro o servicio sanitario.
2. Datos de la persona lesionada (datos de filiación de la mujer, incluido el número menores y mayores a su cargo). Se preguntará a la mujer si desea cambiar los datos de contacto, en caso de que sean los mismos del domicilio donde vive el agresor.
3. Causa presumible de las lesiones o del fallecimiento. Identificación del tipo de violencia (Violencia de género física /psicológica /sexual). En caso de agresión sexual por una persona distinta a la pareja o ex pareja se identificará como "Agresión Sexual". Este matiz es importante, para hacer una buena determinación del Juzgado competente en el asunto y para evitar demoras judiciales.
4. Datos relacionados de los hechos que motivan la asistencia. Se recogerán los antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge. Se tratará de incluir de forma explícita el relato de la mujer, utilizando cuando sea posible sus propias palabras y citándolo entre comillas, e incluyendo lugar, fecha y hora; si el maltratador ha usado objetos o le ha amenazado con hacerlo; si ha habido otras víctimas o hay testigos; si viene acompañada; si se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que refiere la mujer, etc.
5. Lesiones que presenta, describiendo el tipo, localización y posible fecha de las mismas. Es importante que las lesiones se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma,

dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, cicatrices, etc., como prueba de habitualidad o reiteración. En relación con las mismas, cuando sea posible se realizarán fotografías de ellas, solicitando previamente consentimiento a la mujer atendida según modelo normalizado y serán enviadas al Juzgado. Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues solo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

6. Estado psíquico y emocional: El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones y síndrome de estrés postraumático. El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Esta puede ser un indicador de lo sucedido, por ejemplo, una mujer en situación de maltrato puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, inexpresiva, apática. Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.
7. Pruebas complementarias realizadas y solicitadas.
8. Medidas terapéuticas: medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.
9. Pronóstico clínico.
10. Plan de actuación: En su caso, incluir el alta, el ingreso hospitalario si ha sido necesario o la derivación a otras especialidades y/o recursos. Indicar también si se ha realizado valoración del riesgo y plan de seguridad.
11. Antecedentes de interés. Si es la primera vez o reiteración de malos tratos: Si el maltrato se viene sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características, el tipo, la frecuencia; si la intensidad de la violencia es cada vez mayor; si se ha realizado previamente alguna denuncia; si en esas ocasiones anteriores otras personas sufrieron también los malos tratos y si hubo testigos, etc.
12. Observaciones. Se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto, como si no quiere presentar denuncia, tiene miedo al maltratador, a perder la custodia de menores, si se ha contactado con otros recursos y específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al Juzgado de Guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el Juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada. Cualquier incidencia debe ser anotada.
13. Datos del personal facultativo responsable de la asistencia.

Si durante la asistencia intervienen diferentes especialidades médicas que detectan nuevas lesiones o se produce una evolución en el diagnóstico o en los tratamientos, deberá cumplimentarse un nuevo Parte (o nuevos partes) al Juzgado, especificando que es complementario del primer parte emitido.



En todos los casos el **Parte al Juzgado debe ser leído a la mujer y explicarle las consecuencias de su emisión.** Es conveniente realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. El parte se enviará de forma inmediata por vía telemática (si está habilitada) al Juzgado de Violencia sobre la Mujer, previa comunicación con el mismo, en horario laboral (9.00 a 14.00) o al Juzgado de Guardia si es fuera de dicho horario.

d) La Comunicación a Fiscalía

Como se ha indicado más arriba, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial (antes de que llegue al juez o la jueza correspondiente la denuncia) incoar diligencias de investigación o preprocesales, para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados (artículo 773.2 de la LECr y artículo 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal)

La Fiscalía puede recibir denuncias o atestados y para el esclarecimiento de los hechos, llevar a cabo u ordenar aquellas diligencias para las que está legitimada según la LECr. Si la investigación evidencia hechos de significación penal, la Fiscalía procederá a su judicialización, formulando al efecto la oportuna denuncia o querrela, y cuando no encuentre fundamentos para ejercitar acción alguna, decretará su archivo.

Los servicios sociales y las instituciones referidas anteriormente facilitarán a las víctimas de la violencia de género a las que hubieran de prestar asistencia la solicitud de la Orden de Protección, poniendo a su disposición con esta finalidad información, formularios y, en su caso, canales de comunicación telemáticos con la Administración de Justicia y el Ministerio Fiscal.

La Comunicación a la Fiscalía (Anexo 6) desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en determinados casos. Su remisión se hará mediante FAX, dirigido a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer.

La violencia contra las mujeres es un problema de gran complejidad que afecta no sólo a quienes la padecen, sino también a quienes trabajan para erradicarla. Las y los profesionales que interactúan y atienden de manera cotidiana o ante una situación de emergencia a mujeres que sufren malos tratos pueden sentir diferentes emociones ante las actitudes y comportamientos de las mujeres y de sus agresores. Además, pueden darse problemas físicos (tics, dolores de cabeza, problemas musculoesqueléticos, somatizaciones, etc.) y psicológicos (inquietud, insomnio, ansiedad, etc.) relacionados con su quehacer profesional. Estos problemas se relacionan con factores como el impacto emocional de la temática, los conflictos en los equipos y la precariedad laboral (Pérez-Tarrés, 2018).

A veces, no entender por qué una mujer en esta situación de violencia no adopta medidas para cambiarla, a pesar de los esfuerzos por orientarla, puede generar frustración y desmotivación si no se conoce el ciclo de violencia, cómo se genera y cómo se mantiene.

Estas emociones pueden convertirse en barreras para la intervención, dando lugar por ejemplo a la sobre implicación o al rechazo, y también en una sobrecarga emocional para el o la profesional, que a su vez pueden tener otras consecuencias en su propia salud y bienestar (Goma-Rodríguez, 2018).

Una estrategia para mejorar la situación de los y las profesionales que atienden a mujeres en situación de violencia de género sería llevar a cabo diferentes prácticas de autocuidado. De esta manera se pueden desarrollar medidas preventivas que protejan y/o recuperen el estado de bienestar general de los y las profesionales de la salud que atienden casos de violencia de género, lo que a su vez repercutirá en la atención que se ofrece a las mujeres.

El autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de darse a sí misma cuidados adecuados y acordes a sus propias necesidades. Ello implica, entonces, un proceso previo y paulatino de toma de conciencia acerca de sus carencias, expectativas, vulnerabilidades y también sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación y reconocimiento debe darse juiciosa y lo más objetivamente posible (Ojeda, 2006).

A partir de este proceso se podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones/estrategias individuales y/o colectivas orientadas al autocuidado y al bienestar general.

Entre las acciones previas a la construcción de un plan de autocuidado se puede mencionar las siguientes:

- Identificar las fuentes de tensión externas e internas que emergen durante el desempeño de sus funciones.
- Reconocer cómo los estados de tensión surgidos durante la realización del trabajo con mujeres que viven situaciones de violencia de género afectan de diferente forma y grados al adecuado desempeño laboral y a diferentes esferas de su vida (física, emocional, relaciones de pareja, sexualidad, relaciones familiares, relaciones sociales, la propia historia de violencia, aspecto laboral, económico, espiritual, etc.).
- Formarse en violencia de género. Entender los patrones socio-culturales de la violencia género, el proceso, las consecuencias que tiene para las mujeres es esencial para un abordaje riguroso del problema que ayude a superar obstáculos que se presentan en el proceso de atención.
- Capacitación continua, revisión y uso de guías de autocuidado.
- Conocer las formas en que la propia salud puede verse afectada durante la atención de estas situaciones
- Generar espacios colectivos de intercambio de experiencias.
- Fomentar el trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFÍA

LEYES Y NORMATIVAS INTERNACIONALES, NACIONALES Y AUTONOMICAS

- Fiscalía General del Estado. [Circular](#) 6/2011 sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en relación a la violencia sobre la mujer.
- Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía. [BOJA núm. 139](#) de 18 de julio de 2014.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [BOE núm. 274](#), de 15 de noviembre de 2002.
- Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. [BOJA núm. 148](#), de 1 de agosto de 2018.
- Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. [BOJA núm.199](#), de 15 de octubre de 2018.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [BOE núm. 313](#), de 29 de diciembre de 2004.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [BOE núm. 77](#), de 31 de marzo de 2015.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [BOJA núm. 294](#), de 6 de diciembre de 2018.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. [BOE núm. 15](#), de 17 de enero de 1996.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. [BOE núm. 175](#), de 23 de julio de 2015.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, 13 de mayo de 2019.
- Orden de 30 de julio de 2019, por la que se aprueba el formulario normalizado de la hoja de notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia. [BOJA núm. 149](#) de 5 de agosto de 2019.
- Orden de 4 de junio de 2019, por la que se actualiza el contenido de los anexos del Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones [BOJA núm. 112](#) de 13 de junio de 2019.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. [BOJA núm. 260](#), de 17 de septiembre de 1882.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [BOE núm. 222](#), de 16 de septiembre de 2006.

PROTOCOLOS, GUÍAS E INFORMES

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. El Impacto de la Violencia de Género en España: una valoración de sus costes en 2016; 2019.

Junta de Andalucía. Guía para mujeres en situación de violencia de género Instituto Andaluz de la Mujer y Dirección General de Servicios Sociales e Inclusión. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2006.

Junta de Andalucía. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y Bienestar Social; 2004.

Junta de Andalucía. Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Personas con Discapacidad. Sevilla; 2008.

Junta de Andalucía. Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad; 1998.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid; 2015.

Organización de Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Organización de Naciones Unidas; 2006.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia. Departamento de Manejo de las Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad y Prevención de la Violencia y las Lesiones; 2014.

WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. World Health Organization; 2016.

MARCO CONCEPTUAL Y ESTUDIOS DE FRECUENCIA

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. Atención Primaria. 2006; 37(4):241-2.

Ahnlund P, Andersson T, Snellman F, Sundström M, Heimer G. Prevalence and Correlates of Sexual, Physical, and Psychological Violence Against Women and Men of 60 to 74 Years in Sweden. Journal of Interpersonal Violence. 2020; 35(5-6):1539-61.

Dalton TR, Knipe D, Feder G, Williams S, Gunnell D, Moran P. Prevalence and correlates of domestic violence among people seeking treatment for self-harm: data from a regional self-harm register. Emerg Med J. 2019;36(7):407-9.

Delgado A; Aguar M; Castellano M; Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006; 38(2): 82-9.

- Dufort M, Gumpert CH, Stenbacka M. Intimate partner violence and help-seeking-a cross-sectional study of women in Sweden. *BMC Public Health*. 2013; 13:866.
- Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women. *Public Health Nurs*. 2016; 33(3):264-72.
- Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D; G6 for the Study of Gender Violence in Spain. Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosom Med*. 2010; 72(4):383-9.
- Espinoza Cid CE, Figueroa GG. Meanings of gender and sexuality in partner violence: Victims, batterers and police officers in Hermosillo, Sonora. *Estud Sociol [Internet]*. 2018;36(108):571-94.
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Buscador de documentos sobre Violencia contra las Mujeres. [Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>]
- Kapiga S, Harvey S, Muhammad AK, Stöckl H, Mshana G, Hashim R, Hansen C, Lees S, Watts C. Prevalence of intimate partner violence and abuse and associated factors among women enrolled into a cluster randomised trial in northwestern Tanzania. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):190.
- Krug E; Dahlberg L; Mercy J, Zwi A, Lozano R (Eds). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm]
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Madrid: Ministerio de Igualdad, 2020.
- Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, Martín-Baena D, Peiró R. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(4):352-8.
- Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) in the general population. *Gac Sanit*. 2019;
- Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. *J Interpers Violence*. 2011;26(16):3267-88.
- Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C., Miralles-Bueno JJ., San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac San*.2017; 31(5): 410-15.
- Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M; G6 for the Study of Gender Violence in Spain. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria*. 2017;49(2):93-101.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-AgüirV, Jiménez- Gutiérrez E. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit*. 2010; 24(2):128-35.
- Sanz-Barbero B, Linares C, Vives-Cases C, González JL, López-Ossorio JJ, Díaz J. Intimate partner violence in Madrid: a time series analysis (2008-2016). *Ann Epidemiol*. 2018;28(9):635-40.

Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac San.* 2007;21(4):298-305.

Walker L. The battered woman syndrome. Springer, Nueva York; 1984. World Health Organization. Violence by intimate partners. [Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap4.pdf]

IMPACTO EN SALUD DE LA VIOLENCIA DE GENERO

Coll-Vinent B, Martí G, Calderón S, Céspedes F, Fuenzalida C. La violencia de pareja en las pacientes que consultan por dolor torácico en urgencias. *Semergen.* 2019; 45(1):23-9.

Mitra, M et al. Physical Abuse around the Time of Pregnancy among Women with Disability. *Matern Child Health J.* 2012;16: 802-6.

Montero I, Escibà-Agüir V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, Plazaola J. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(2):295-301.

Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 222 (2): 123-133.e5

Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Escibà-Agüir V, Higuera-Callejón C, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG.* 2020; 127 (5): 537-547

Plazaola-Castaño J; Ruiz Perez I. Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Med Clin (Barc).* 2004;122:461-7.

Pujol Robinat A, Mohíno Justes S. Intimate partner violence and mental illness . *Rev Esp Med Leg.* 2019;45(2):77-82.

Ragetlie R, San Y, Antabe R, Luginaah I. Married women's experiences of intimate partner violence and utilization of antenatal health care in Togo. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2020; 23,100482.

Rodríguez-Rivas P, Rodríguez-Calvo MS. ¿Condiciona la atención médica el antecedente de violencia de género? *Educ Medica.* 2020; [Epub ahead of print].

Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One.* 2019;14(10):e0221049

World Health Organisation (WHO). Multi-Country Study on Women's Health and Life Events. Department of Gender and Women's Health. Family and Community Health. Geneva, WHO; 2003.

GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

- Cózar Gutiérrez MA (coord). Autodiagnóstico de la situación de las Mujeres con Discapacidad en Andalucía. Dirección General de Personas con Discapacidad, Junta de Andalucía; 2011.
- Decker MR, Benning L, Weber KM, Sherman SG, Adedimeji A, Wilson TE, Cohen J, Plankey MW, Cohen MH, Golub ET. Physical and Sexual Violence Predictors: 20 Years of the Women's Interagency HIV Study Cohort. *Am J Prev Med.* 2016;51(5):731-42.
- Del Río Ferres E, et al. Gender- based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema.* 2013; 25 (1):67-72.
- Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, Higginbotham L, Green JT, Jonas DE. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018; 320(16):1688-701.
- UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern; 2016 [Disponible en: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD\(1\).pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD(1).pdf)]
- Garthe RC, Hidalgo M, Hereth J, Garofalo R, Reisner SL, Mimiaga M, Kuhns L. Prevalence and Risk Correlates of Intimate Partner Violence among a Multisite Cohort of Young Transgender Women. *LGBT Health* 2018;5(6):333-340.
- Henry RS, Perrin PB, Coston BM, Calton JM. Intimate Partner Violence and Mental Health among Transgender / Gender Nonconforming Adults. *Journal o Interpersonal Violence.* 2018. 0886260518775148. [Epub ahead of print].
- Jones, L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet.* 2012; 380(9845): 899 – 907.
- Kaplan Marcusán A y López Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Universidad Autónoma de Barcelona; 2016.
- Millán-Madera S, et al. Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual: Guía para Profesionales. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2008.
- Unión de Asociaciones Familiares. Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención; 2016.
- Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Plan de Atención y Prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante (2009-2012).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (2015-2018).
- Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *J Women Aging.* 2013;25(4):358-71.
- National Coalition of Anti-Violence Programs. Community Action Toolkit for addressing intimate partner violence against transgender people; 2017.
- Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares- Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta- analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Feb;222(2):123-133.e5..

- Pernas B, Román M, Arévalo E. Estudio cualitativo: mujeres con VIH/SIDA que están sometidas a violencia de género. Madrid: Dirección General de Atención Primaria. 2013
- Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G, Escribà-Agüir V, Maroto-Navarro G. Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disabil Rehabil.* 2018;40(9):1059-65.
- Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla JA, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and mental disorders: Co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain. *J Affect Disord.* 2018; 229: 69-78.
- Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Escribà-Agüir V, Rodríguez-Barranco M, Nevot-Cordero A. How does intimate partner violence differ depending on level of rurality of residential area in Spain? *Health Soc Work.* 2015;40(2):108-19.
- Torres Vela E (coord), Asensi Díez R, Collado Alcázar J, Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas transexuales adultas. Sevilla: Consejería de Salud, 2016. [Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dbff62_trans_adultos_29_06_2017.pdf]
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Ortiz-Barreda, G., & Torrubiano-Domínguez, J. (2009). Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac San.* 2009; 23(Supl. 1): 100-06.

VIOLENCIA DE GENERO Y SERVICIOS DE SALUD

- Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2014;46(2):188-94.
- Borrell I Carrió F. el modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc).* 2002; 119(5):175-9.
- Borrell I Carrió F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria.* 2004;34(1):3-5.
- Colectivo IOE. Detección y tratamiento de la Violencia de Género. Actitudes del Personal Sanitario de Sistema Nacional de Salud; 2011.
- Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria.* 2008;22(1): 7-10.
- Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria.* 2003; 32(7): 425-33.
- García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015; 385:1567.
- García-Moreno, C. Dilemas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet.* 2002; 359:1509-1514.
- Goicolea I, Marchal B, Hurtig A-K, Vives-Cases C, Briones-Vozmediano E, San Sebastián M. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. *Gac Sanit.* 2019;33(2):169-76.

- Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J, Brown SJ, Gold L, Taket A, Feder GS, Gunn JM. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *J Interpers Violence*. 2013;28(2):273-94.
- Medina Johnson D, Sidor A. Manual de formación RESPONSE para la detección de la violencia de género en los servicios de salud para la mujer; Proyecto RESPONSE, 2017.
- Meneses C, Marcos J, Díaz M, Santos C, Durán ER, Parra JA. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues*. 2011;21(5):400-6.
- Nogueiras García B; Archedera, Angeles; Bonino, Luis. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004.
- O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014; 348:g2913.
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD005043.
- Rodríguez SJ et al. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*. 2006;7(3):132-40.
- Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004; 18 (Extra 2):4-12.
- Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14:224-32.
- Van Parys A-S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2014;9(1):e85084.

AUTOCUIDADO DE PROFESIONALES

- Gomà-Rodríguez I, Cantera Espinosa LM, Pereira da Silva J. Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas*. 2018;17(1):132-43.
- Ojeda T. El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2006;52(1):21-7.
- Pérez-Tarrés A, Cantera Espinosa LM, Pereira da Silva J. Health and self-care of professionals working against gender-based violence: an analysis based on the grounded theory. *Salud mental*. 2018;41(5):213-27.
- Uribe Jaramillo TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*. 1999;17(2):109-18.

MENORES

- Ayllon E, Orjuela L, Román Y. En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Save the Children; 2011.
- Junta de Andalucía. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- Orjuela L, Rodríguez V. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Save the Children; 2012.
- Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008.
- Sepúlveda García de la Torre, A. La violencia de género como causa de maltrato infantil. Cuad. Med. Forense. 2006; 12 (43-44).
- Stiles MM. Witnessing Domestic Violence: The Effect on children. American Family Physician. 2002; 66(11): 2052-2067.
- UNICEF. Behind closed doors: The impact of domestic violence on children; 2006.
- Horno, P. Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género: Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. Madrid: Save the Children; 2006.

- Anexo 1. Entrevista de valoración biopsicosocial.
- Anexo 2. Preguntas para valorar tipo, intensidad y duración del maltrato.
- Anexo 3: Recomendaciones para la actuación según la fase del proceso de cambio en la que se encuentra la mujer.
- Anexo 4. Recomendaciones para la entrevista motivacional.
- Anexo 5. Consentimiento informado para derivar a Centros de Información a la Mujer.
- Anexo 6. Comunicación a Fiscalía.
- Anexo 7. Códigos CIE-10.
- Anexo 8. Parte al juzgado.
- Anexo 9. Estrategia de seguridad
- Anexo 10. Protocolo de protección del centro.
- Anexo 11. Evaluación de menores con exposición a la violencia de género.
- Anexo 12. Hoja de notificación a servicios especializados de menores.
- Anexo 13. Compromiso informado de prevención o declaración jurada de evitación de la Mutilación Genital Femenina.
- Anexo 14. Cesión de datos de carácter sanitario a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Anexo 1. Entrevista de valoración biopsicosocial

VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL	
Situación familiar	
Edad: ¿Con quién convive actualmente?: Estado civil: Edad al iniciar la relación de pareja: Edad al iniciar la convivencia: Nº hijas/os: Nº hijos que conviven con ella: Gestante:	
Acceso a recursos sociales	
¿Conoce los recursos a los que acudir en su zona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha accedido a alguno de estos recursos?: <input type="checkbox"/> Servicios sociales municipales <input type="checkbox"/> Personal de Trabajo Social de Salud <input type="checkbox"/> Centros de información de la mujer <input type="checkbox"/> Otros recursos:	
Situación socio-laboral	
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios Titulación:	País de origen: Situación en España: <input type="checkbox"/> Nacionalidad española <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Situación administrativa en trámite <input type="checkbox"/> Vacaciones
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Demandante empleo <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado Puesto de trabajo actual (tipo y lugar):	Discapacidad reconocida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Red de apoyo de la mujer	
¿Cuenta con una persona o personas en la/s que poder confiar o desahogarse cuando tiene problemas o dificultades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amistades <input type="checkbox"/> Compañeras/os trabajo <input type="checkbox"/> Vecinas/os <input type="checkbox"/> Otras personas

VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL (CONTINUACIÓN)

Síntomas físicos

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso (indique cuáles)

- Respiración entrecortada, sensación de ahogo, disnea
- Temblores o estremecimientos
- Mareo, desmayo, sensación de inestabilidad
- Sudoración
- Palpitaciones o taquicardia
- Sofocos o escalofríos
- Dolor o molestias en pecho
- Miedo a volverse loca o perder el control
- Miedo a morir
- Cefalea
- Entumecimiento o sensación de cosquilleo, parestesias
- Sensación de extrañeza frente a si misma o de irrealidad

Situación emocional

Manifestaciones emocionales:

- Vergüenza
- Culpa
- Tristeza
- Miedo
- Enfado
- Indefensión
- Revive el suceso
- Ansiedad

Manifestaciones cognitivas:

- Pérdida de memoria
- Dificultad de concentración
- Dificultad para tomar decisiones

Manifestaciones conductuales:

- Silencio excesivo
- Evitación
- Negación
- Trastornos del sueño

Anexo 2. Preguntas para valorar tipo, intensidad y duración del maltrato

VIOLENCIA FÍSICA

Cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer

- ¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima?
- ¿Qué hace él cuando discuten?
- ¿Le ha dado alguna bofetada?
- ¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión?
- ¿Le ha echado alguna vez de casa?
- Cuando se enfada ¿rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?

VIOLENCIA PSICOLÓGICA, AMBIENTAL Y ECONÓMICA

Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto en público como en privado

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Le insulta / amenaza / chantajea / ridiculiza / menosprecia a solas o delante de otras personas?
- ¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?
- ¿La culpa de todo lo que sucede?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?
- ¿Le habla con un tono paternalista?
- ¿Le pone en evidencia continuamente en público?
- ¿Le controla las llamadas/cartas?
- ¿Le controla el dinero? ¿Le obliga a rendir cuenta de los gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?
- ¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ¿Se pone celoso?
- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
- ¿Le pone problemas para ver a su familia o amistades? ¿Les trata mal?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si lo abandona?
- ¿Alguna vez ha roto/estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?

VIOLENCIA SEXUAL

Imposición a la mujer de mantener una relación sexual contra su voluntad

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?
- ¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?
- ¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?

Anexo 3. Recomendaciones para la actuación según la fase del proceso de cambio en la que se encuentra la mujer

En fase Pre contemplativa

- Hacer una devolución a la mujer sobre su estado de salud relacionando el motivo de consulta urgente con su situación de maltrato. *“Creo que la ansiedad que me refiere está relacionada con una situación que le hace sentirse mal. A veces esto pasa con algún problema que hay en casa”*.
- Fomentar la auto-eficacia. *“Por lo que me ha contado (por ejemplo, si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) en esta situación difícil usted está saliendo adelante”*.
- Proponer hablar de este tema con su médico o médica de familia.

En fase Contemplativa

- Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración. *“... me ha comentado que ha discutido hoy con su pareja y en el enfado él ha... (citar la conducta del hombre relacionada con algún tipo de violencia o falta de respeto) ¿Por qué cree usted que lo ha hecho? ¿Cómo lo interpreta?”*
- Analizar con ella el ciclo de la violencia. Reflexionar sobre tres episodios de violencia: el primero, el más grave y el último.
- Se le propone que sitúe estos episodios en un gráfico y los valore de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro).
- Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión.
- Señalar la importancia de reconocer la fase de arrepentimiento del maltratador como estrategia para continuar con la relación. Demostrar la existencia real de una situación de maltrato.
- Apoyar y dar valor a las decisiones que tome.
- Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.
- Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con él, ya que no es útil y puede ser peligroso.

En fase de Preparación: entrevista motivacional

- Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.
- Analizar objetivamente la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió.
- Insistir en que esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia del maltrato. Por lo tanto, es conveniente revisar el Plan de Seguridad con ella.
- Es imprescindible valorar y consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con Trabajo Social o con recursos disponibles de la zona (municipales, de igualdad...).

En fase de Acción y Mantenimiento

- Reafirmar y automotivar a la mujer en su proceso de reflexión y del inicio del cambio.
- Ayudar a replantear objetivos.
- Coordinación con los otros recursos dentro y fuera del equipo.
- Mantener la seguridad y protección de la mujer.

En fase de Recaída

- Mostrar nuestra empatía y cercanía.
- Evitar caer en desánimo o en sentimientos de fracaso. Ej: Usted no es la única.
- Tener presente que el maltrato es un proceso en el que se produce desvalorización y baja autoestima de las mujeres que lo sufren.
- Identificar nuestra frustración e incomprensión como profesionales para evitar dirigir nuestra agresividad hacia ellas.

Anexo 4. Recomendaciones para la entrevista motivacional

- Crear un clima de confianza en un entorno tranquilo, asegurando la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones.
- Entrevista conjunta del personal de medicina y Enfermería (se puede decidir quién es la persona más adecuada para llevar a cabo la entrevista), algunos criterios de selección pueden ser quien mejor se maneje en estos casos manteniendo una escucha eficaz.
- Valorar las lesiones físicas y el estado emocional, indagando acerca de los recursos personales y sociales: apoyo familiar, de amistades y laboral.
- Respetar los tiempos y hacer una entrevista breve, ya que es posible encontrar un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permiten una intervención larga y detallada. La mujer suele encontrarse asustada, con ansiedad y le suele resultar difícil el relato de lo ocurrido. Deben reseñarse textualmente las expresiones propias en las que ella describe las conductas y sus sentimientos ante los gestos de maltrato por parte de su pareja.
- Mantener una actitud empática. Creerla, no dudar de lo que dice, intentando quitar miedo a la revelación del maltrato.
- Utilizar la escucha activa (sin interrupciones y con atención) y reflexiva, ayudándole a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Desculpabilizarle e insistir en que la violencia nunca está justificada.
- Considerar la fase del proceso del cambio en la que se encuentra.
- Analizar los miedos a un posible cambio.
- Ofrecerle mensajes positivos. Señalarle sus capacidades y logros. Apoyar sus decisiones. Tener en cuenta sus valores y las expectativas y comprender sus sentimientos y creencias de la mujer.
- Alertarla de los riesgos y aceptar su elección, respetando el proceso de cada mujer.
- Se trabajará con ella el plan de seguridad (Anexo 9) según la situación en que se encuentre, la fase del proceso de cambio en que esté y la SOR o la Situación de Peligro Extremo, para asegurar su protección.
- Ofrecer recursos según sus necesidades.

Actitudes y comportamientos a evitar durante la entrevista:

- Evitar dar órdenes, sermonear, desaprobar, interrogar, imponer criterios, ironizar e interpretar, emitir juicios, persuadir y dar falsas esperanzas.
- Adoptar excesivo dramatismo: la mujer podría sentirse presionada para tomar una decisión.
- Pedir a la mujer que relate a distintos profesionales el proceso de maltrato ya que supone su revictimización.
- Culpabilizarla. Criticar su actitud o ausencia de respuesta, o usar frases como “¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...”.
- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del maltratador.
- Infravalorar la sensación de peligro que la mujer tiene.
- Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, ni dar falsas esperanzas.
- Utilizar una actitud paternalista, o imponer criterios o decisiones.
- Prescribir fármacos que disminuyan su capacidad de reacción (ansiolíticos, antidepresivos...).
- Indicar terapia de pareja y derivar a mediación familiar (está contraindicado).
- Hablar con el maltratador para contrastar la información que ella ha proporcionado.
- Recurrir a la derivación como primera intervención (salvo casos de peligro inminente).

Anexo 5. Consentimiento informado para derivar a los Centros de Información a la Mujer

Nombre:	Nº Historia:
DNI:	
Domicilio:	
Población:	
Teléfono de confianza de la mujer:	
<p>El Médico/la Médica me ha explicado la conveniencia de acudir al CIM para recibir ayuda psicológica ante la situación de malos tratos que estoy viviendo.</p> <p>Autorizo sean enviados, siguiendo la normativa vigente de confidencialidad y de intimidad, mis datos de filiación, teléfono de contacto, así como resumen de la valoración biopsicosocial al CIM para ser atendida en dicho centro.</p> <p>He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico/la médica que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado las dudas que le he planteado.</p> <p>También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.</p> <p>Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida.</p> <p>Y en tales condiciones CONSIENTO</p>	
<p>En....., a..... dede (Lugar y fecha)</p>	
Fdo.: La Paciente	
<p>EN CASO DE REVOCACIÓN</p> <p>Doña con DNI nº:</p> <p>Revoco el consentimiento prestado en fecha:</p> <p>En....., a..... dede (Lugar y fecha)</p>	
Fdo.: La Paciente	

COMUNICACIÓN A FISCALÍA

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

La Fiscalía puede recibir denuncias o atestados y para el esclarecimiento de los hechos, llevar a cabo u ordenar aquellas diligencias para las que está legitimada según la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Si la investigación evidencia hechos de significación penal, la Fiscalía procederá a su judicialización, formulando al efecto la oportuna denuncia o querrela, y cuando no encuentre fundamentos para ejercitar acción alguna, decretará su archivo.

Así, el Artículo 773 (LECr.) dice: "Cuando el Ministerio Fiscal tenga noticia de un hecho aparentemente delictivo, bien directamente o por serle presentada una denuncia o atestado, practicará él mismo u ordenará a la Policía Judicial que practique las diligencias que estime pertinentes para la comprobación del hecho o de la responsabilidad de los partícipes en el mismo. El Fiscal decretará el archivo de las actuaciones cuando el hecho no revista los caracteres de delito... En otro caso instará del Juez de Instrucción la incoación del procedimiento que corresponda con remisión de lo actuado, poniendo a su disposición al detenido, si lo hubiere, y los efectos del delito."

La incoación de diligencias de investigación o preprocesales de conformidad con el art. 773- 2 de la LECr y el art. 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal en las Secciones de Violencia de Género permite que las instituciones implicadas en la atención a las mujeres, en este caso los centros sanitarios, comuniquen datos objetivables de posible situación de riesgo en la mujer, y que la Fiscalía lleve a cabo la investigación de una situación de maltrato que no haya sido denunciado, dando contenido al art. 544 ter de la LECr (relacionado con la orden de protección), en aras de incentivar la protección preprocesal a las víctimas en aquellos supuestos en que estas no quieran o no puedan denunciar. Esta comunicación desde los centros sanitarios de datos objetivables de posible situación de riesgo además de facilitar la protección de la mujer garantiza el cumplimiento del deber de denuncia que establece el Art. 262 y el 544 ter. párrafo 2º de LECr.

Así, el artículo 544 ter. (LECr.) dice en relación a la protección de la mujer: "La orden de protección podrá solicitarse directamente ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las oficinas de atención a la víctima o los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones públicas.

Los servicios sociales y las instituciones referidas anteriormente facilitarán a las víctimas de la violencia doméstica a las que hubieran de prestar asistencia la solicitud de la Orden de Protección, poniendo a su disposición con esta finalidad información, formularios y, en su caso, canales de comunicación telemáticos con la Administración de Justicia y el Ministerio Fiscal."¹⁰²

La comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en determinados casos. Su remisión se hará mediante FAX, dirigido a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer.

Con el objetivo de facilitar la comunicación entre los centros sanitarios de Andalucía y la Fiscalía que corresponda se ha firmado un Convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el desarrollo de los Protocolos para la Actuación Sanitaria ante la violencia de género.

A continuación se presenta un modelo tipo que incluye los datos básicos que debería contener la Comunicación a la Fiscalía Provincial del Violencia a la Mujer.

COMUNICACIÓN A FISCALÍA

POSIBLE SUPUESTO DE MALOS TRATOS A MUJER

Datos del personal facultativo

Nombre y apellidos:

Centro sanitario:

Nº de colegiado/a:

Datos personales de la mujer

Nombre y apellidos:

Domicilio:

Fecha nacimiento:

Teléfono de contacto:

Datos en que se funda la posible existencia de un supuesto de malos tratos

—

—

—

Acompaño informes clínicos que existen en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato:

—

—

—

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

CNP o Nº Colegiado

LUGAR Y FECHA FIRMA

Anexo 7. Códigos CIE-10

En las codificaciones que se utilicen, se registrará siempre en la Historia Clínica con las siglas CMT (Confirmación de Malos Tratos) o ISMT (Indicador de Sospecha de Malos Tratos).

Los códigos CIE plantean dificultades para registrar la especificidad y complejidad que supone el maltrato contra las mujeres y las múltiples formas que presenta. Se recomienda su utilización en Juicios Clínicos o Diagnóstico.

No obstante, cuando se utilicen Códigos CIE es necesario combinar diferentes códigos para identificar correctamente la violencia sobre las mujeres. Así, para codificar se hará una combinación de código por maltrato siendo la paciente mujer, junto con código de autor hombre pareja o expareja.

Tipo de maltrato*	CÓDIGO CIE-10		
	Confirmado	Sospecha	En embarazo
Abuso físico	T74.11X	T76.11X	09A319
Abuso psicológico	T74.31X	T76.31X	09A519
Abuso sexual	T7421X	T76.21X	09A419
Malos tratos no especificados	T74.91X	T76.91X	
Autor del maltrato +			
Agresor hombre marido o ex marido	Y07.01		
Agresor hombre pareja o ex pareja	Y07.03		
Agresor extraño (en agresiones sexuales)	Y07.59		

Para los casos en los que también se identifique maltrato de hijos e hijas:

Tipo de maltrato*	CÓDIGO CIE-10	
	Confirmado	Sospecha
Abuso físico infantil	T74.12X	T76.12X
Maltrato psicológico infantil	T74.22X	T76.32XA
Abuso sexual infantil	T74.12X	T76.22X
Malos tratos no especificados infantil	T74.92X	T76.92X
Autor del maltrato +		
Padre biológico	Y07.11	
Padre adoptivo	Y07.13	
Padre sustituto	Y07.420	
Padrastró	Y07.420	

* El 7º carácter asociado a cada código de esta categoría es:

A: contacto inicial.

D: contacto sucesivo (se utiliza en los episodios que se producen después de que el paciente ha recibido el tratamiento activo de su afección y ahora precise los cuidados habituales para su dolencia, en las fases de curación o recuperación).

S: secuela.

+ Los códigos de esta categoría son para uso exclusivo en casos de malos tratos confirmados.

Anexo 8. Parte al Juzgado

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO									
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:									
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	NÚMERO TELÉFONO:	FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)				
2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA									
APELLIDOS Y NOMBRE:									SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº:			FECHA NACIMIENTO:	EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	PAÍS DE NACIMIENTO:			
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA				
EMBARAZO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PERSONA CON DISCAPACIDAD:			<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> INTELECTUAL	<input type="checkbox"/> SENSORIAL	<input type="checkbox"/> MENTAL	
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:									
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual									
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia									
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia									
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):									
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):									
4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGUN MANIFIESTA:									
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:									
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DIRECCIÓN:					TELÉFONO:				
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:					RELACION/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S				
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a									
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre									
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI									
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):									
LA PERSONA ACUDE:									
<input type="checkbox"/> SOLA									
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):									
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:									
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)									

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



042986D

6	ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)		
7	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS		
8	MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)		
9	PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)		
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE			
10	PLAN DE ACTUACIÓN		
<input type="checkbox"/> INGRESO: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A:			
<input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada			
PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad			
11	ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones		
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida			
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____			
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S			
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica			
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS			
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
12	OBSERVACIONES		
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):			
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:			
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: _____ <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: _____ <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: _____ <input type="checkbox"/> CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: _____ <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): _____ <input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.			
13	DATOS PERSONAL FACULTATIVO		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN: _____ FECHA: _____ FIRMA: _____			
ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA			
PROTECCIÓN DE DATOS			
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:			
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: (1)			
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: (2)			
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (3)			
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.			
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.			
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: _____			
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.			
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.			
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.			

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

El modelo de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que atiendan casos de lesiones o fallecimientos que deban ser puestos en conocimiento de la Autoridad Judicial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía por medios telemáticos de conformidad a lo establecido en el R.D. 1065/2015 de 27 de noviembre sobre comunicaciones electrónicas en la Administración de Justicia. En los centros en los que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o que cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. En aquellos centros que no tengan acceso informático, estará disponible en modelo autocopiativo y para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias sean legibles.

Los datos aquí recogidos se registrarán por lo dispuesto en la normativa aplicable de protección de datos de carácter personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

TRAMITACIÓN DEL PARTE

1. Los centros y servicios sanitarios remitirán el original al Juzgado de guardia, en un plazo nunca superior a veinticuatro horas desde la asistencia inicial, por cualquier medio que garantice la comunicación y la protección de los datos.
2. En aquellos casos cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al Juzgado deberá comunicarse de manera inmediata por cualquier medio que garantice la protección de los datos.
3. La primera copia se entregará a la persona lesionada, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que ésta la solicite.
4. La segunda copia se archivará en la historia clínica.
5. La tercera copia está destinada a Información Estadística y en ella no constan los datos de la persona lesionada salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, país de nacimiento y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos de la persona presuntamente agresora, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del personal facultativo, ni su Código Numérico Personal o número de colegiación, salvo el sexo. La información contenida se insertará desde los centros sanitarios emisores por medios telemáticos en sistemas de información específicos dependientes de la Consejería de Salud.

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR:

Violencia de género: Cualquier acto de violencia realizada por hombres dirigida a mujeres que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento. Incluye todo acto de violencia física o psicológica, agresiones a la libertad sexual, las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada, aún sin convivencia y a las personas menores a su cargo y en especial si la violencia es ejercida por parte de quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, de acuerdo con el contenido de la L.O. 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Maltrato a personas: Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de sus necesidades básicas e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos o sexuales hacia personas menores de edad, mayores o con discapacidad. En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil, sin perjuicio de la utilización de otros medios de comunicación que se estimen oportunos, de acuerdo al procedimiento establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

Agresión: Acción con violencia que incluye las de índole físico como las de tipo verbal.

Agresión sexual: Agresión con empleo de fuerza, intimidación, amenaza o sorpresa que atenta contra la libertad sexual de la persona. Engloba cualquier tipo de comportamiento sexual no deseado o no consentido: agresión sexual sin contacto corporal (exhibicionismo, mensajes, gestos, palabras obscenas, obligar a realizar actos sexuales...) agresión sexual con contacto corporal (caricias, tocamientos, masturbación...), y agresión sexual con violación o tentativa (penetración vaginal, anal o bucal ya sea con órgano sexual, dedos, o cualquier objeto).

Otras causas: Abarcará aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados relacionados y precisen ser comunicadas al Juzgado. En los casos que se señale esta opción se especificará la posible causa.

LOS APARTADOS QUE PROCEDAN DEBEN SER CUMPLIMENTADOS EN SU TOTALIDAD:

La recogida de información relacionada con la persona lesionada, debe incluir la existencia de discapacidad, embarazo o si tiene personas menores o mayores a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial.

Se recogerá el estado psíquico y emocional en el que se encuentra la persona cuando acude al centro, el posible origen de las lesiones, datos de quien las ha podido causar según refiere la persona lesionada, si ésta acude al centro sola o acompañada y si tras la atención se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que se refiere.

Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta (naturaleza, localización, forma, disposición, longitud, aspecto, número, data y otras características de interés). En relación con las mismas, cuando sea posible se realizará fotografía de éstas, solicitando previamente consentimiento a la persona atendida, según modelo normalizado y serán archivadas en la historia clínica.

Se detallarán las pruebas complementarias que se realicen o se hayan solicitado, las medidas terapéuticas, el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio. En casos de violencia de género, maltrato y agresiones deberá indicarse si se ha realizado valoración del riesgo, plan de seguridad o se ha proporcionado información acerca de recursos a donde ir.

Se recogerán los antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se indicará si se contacta telefónicamente con otros recursos. Específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al Juzgado de Guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada.



Anexo 9. Estrategia de seguridad

En Situación de Peligro Extremo:

- Contactar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para garantizar la protección de la mujer.
- Si fuese necesario la acogida de emergencia la trabajadora social del centro contactara con Instituto Andaluz de la Mujer a través de sus centros o del teléfono 900 200 999.
- Se contactará con el Juzgado de Guardia si fuese necesario y se remitirá el parte al juzgado, de forma urgente a través de fax si es preciso.
- Informarle sobre la posibilidad de llamar al 112, al 016 y al teléfono 900 200 999 del Instituto Andaluz de la Mujer, para solicitar ayuda e información.

Explicarle como protegerse ante posible agresión

- Concertar una señal de ayuda con vecindario y familiares.
- Enseñar a sus hijos e hijas a pedir ayuda y a protegerse.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida. Si es necesario, refugiarse en una habitación, procurar que tenga ventana y pestillo, y llevarse un teléfono para solicitar ayuda.
- Evitar estar en espacios donde el maltratador pueda tener acceso a objetos peligrosos, como la cocina o en los que haya herramientas.
- Hacer el mayor ruido posible para alertar al vecindario.
- Si el ataque es inevitable procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

Si decide huir del domicilio

- Procurar que el maltratador no esté en la vivienda en el momento de abandonarla o dar un argumento que no levante sospecha para salir de la vivienda.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes, ni alcohol que mermarían su capacidad de reacción; ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a los lugares y las personas con las que había contactado previamente.
- Deberá tener preparado:
 - Un domicilio o lugar seguro donde alojarse.
 - Listado de teléfonos importantes (familia, colegios, centros sanitarios...).
 - Un juego de llaves de la casa y del coche.
 - Un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño o niña (manta, libro, juguete).
 - Documentos legales como DNI, permiso de conducir, tarjeta sanitaria, libro de familia, pólizas de seguros, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
 - Documentos, originales o copias, que acrediten la titularidad de la vivienda y los ingresos familiares (escrituras, contratos, seguros...).
 - Cuenta bancaria que solo ella conozca con lo que pueda ingresar.
 - Hacer provisión de dinero en metálico y/o tarjetas de crédito.

Anexo 10. Protocolo de protección del centro

Se pondrá en marcha:

- Siempre que la mujer refiriera o se conozca por otra fuente la existencia de Orden Judicial de Protección para la mujer u Orden de Alejamiento para el maltratador, aunque el motivo de consulta sanitaria no esté relacionado con maltrato.
- Si se han detectado en la entrevista de valoración factores de riesgo para la integridad física de la mujer o de peligro extremo, y el presunto maltratador se encuentra en el centro sanitario y puede acercarse a la mujer.

Las medidas que se deben contemplar son:

- La mujer deberá ser acompañada por personal sanitario en todos sus desplazamientos por el centro sanitario.
- Si es trasladada a otro centro deberá ser acompañada por personal sanitario, y si se estima necesario, por las FYCS.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar con carácter urgente al equipo a cargo de la mujer cualquier intento de aproximación que efectúe el presunto maltratador y si éste tuviera una Orden de Alejamiento o una Orden de Protección.
- El quebrantamiento de una Orden de Alejamiento/Orden de Protección supone un delito, así como un grave riesgo para la integridad física. Por ello, el equipo responsable deberá poner este hecho en conocimiento de las FYCS de forma inmediata, tomando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la mujer hasta la llegada de éstas. En estas situaciones, aunque ella manifieste su deseo de ver al presunto maltratador, no se accederá a su petición.
- Recoger en la Historia Clínica las medidas de protección adoptadas. Si en algún momento se ve amenazada la seguridad del personal sanitario por parte del supuesto maltratador se avisará al personal de seguridad del centro sanitario y si se estima necesario, a FYCS.
- Garantizar la seguridad de la mujer no facilitando información de la misma durante su estancia en el centro:
 - Comunicar a la Unidad de Atención a la Ciudadanía y a los Servicios de Admisión la prohibición de facilitar cualquier información sobre la situación.
 - Comunicar igualmente al Servicio de Atención a Pacientes, al Servicio de Información y a centralita telefónica la prohibición de facilitar cualquier tipo de información.
 - Comunicar a todo el personal del servicio y a todo el personal implicado en su asistencia que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación.

Mientras ella permanezca en el centro sanitario debe encontrarse en un espacio seguro, bajo la vigilancia del personal de Enfermería (consulta aislada de la entrada para evitar la entrada del supuesto maltratador) y si es posible, estará siempre acompañada por la persona que ella decida: familiar o persona de su confianza o, en su defecto, personal del centro.

Anexo 11. Evaluación de menores con exposición a la violencia de género

Hay que tener en cuenta la presencia de factores de riesgo y de factores de protección, ya que ambos pueden precipitar o minimizar respectivamente los efectos de la violencia sobre las personas menores, y modular su respuesta a la misma. En esta tabla se muestran los factores más representativos:

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Manejo de los conflictos	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción negativa. - Exteriorización y comunicación a los hijos e hijas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo no acompañado de hostilidad, culpabilidad o rabia hacia la pareja.
Actitud parental	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de cuidados parentales. - Situación de negligencia. - Necesidades fisiológicas, afectivas y sociales no cubiertas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades fisiológicas, afectivas y sociales satisfechas. - Delimitación entre el subsistema matrimonial y el de los hijos e hijas. - Ruptura del círculo de violencia.
Establecimiento de vínculos	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo desorganizado. - Patología psiquiátrica del padre/madre. - Normas contradictorias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad emocional de estar disponibles. - Muestras de afecto. - Ponen límites para una educación sana.
Red de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de red de apoyo. - No dispone de otras figuras vinculares. - Separación de familia, amigos, etc. - Aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo de familia extensa y profesionales. - Apoyo del grupo de iguales (adolescentes). - Capacidad de la madre para participar y apoyarse en la red social y en los recursos.
Característica/cualidades de los y las menores	<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento agresivo. - Vínculos inseguros. - Escasas habilidades sociales. - Dificultad para expresar emociones y pedir ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento tranquilo. - Altas habilidades cognitivas. - Habilidades sociales. - Resiliencia. - Capacidad de pedir ayuda.
Implicaciones de las y los menores	<ul style="list-style-type: none"> - Participan en la situación. - Es uno de los "motivos" de los conflictos. - Presencia de triangulación. - Toma partido por la madre o el padre. - Proximidad a las agresiones. - Víctima directa del maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> - No forman parte del círculo de violencia. - No toman partido. - No son responsabilizados por su padre o madre.

<p>Otros factores asociados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sustancias psicoactivas o alcohol. - Depresión materna. - Personalidad antisocial del padre. - Situaciones económicas desfavorables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta institucional rápida y eficaz. - Profesionales con buena formación. - Visualización como víctimas. - Recursos.
--	---	---

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

EVALUACIÓN DEL RIESGO

En las tablas siguientes se muestran las características que influyen en el resultado de la atención que se presta a los niños y niñas.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DEL PADRE Y DE MADRE	
Demográficas	<ul style="list-style-type: none">- Estatus socioeconómico.- Analfabetismo.- Pertenencia a grupos étnicos marginados.
Historia de crianza	<ul style="list-style-type: none">- Existencia de malos tratos o carencias afectivas.- Desatención severa.- Desestructuración, rupturas familiares.- Paso por instituciones de acogida.
Rol de madre o padre	<ul style="list-style-type: none">- Desconocimiento de las necesidades de los bebés a nivel alimenticio, horarios, higiénicos.- Maternidad o paternidad temprana.- Aptitudes inadecuadas hacia la infancia.- Exceso de actividades profesionales y sociales.
Personalidad y conducta	<ul style="list-style-type: none">- Aislamiento, impulsividad.- Escasa capacidad empática.- Trastornos psicopatológicos.- Conductas de riesgo: delincuencia, alcoholismo, drogodependencia, prostitución...

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS Y LAS MENORES

Características físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Nacimiento prematuro o de bajo peso. - Discapacidad. - Hijos e hijas con patrones alimenticios o de sueño alterados. - Historia de enfermedades serias. - Características que no cumplen con las expectativas del padre y/o de la madre.
Personalidad y conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento difícil, hiperactividad o apatía. - Desobediencia o conductas oposicionistas irritables. - Bajo grado de responsabilidad. - Fracaso escolar.

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

FACTORES DE TIPO FAMILIAR

Estructura Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Familia numerosa con poca diferencia de edad entre las hermanas y hermanos. - Varios bebés en casa. - Padres son adolescentes. - Hijos e hijas deseadas o no. - Apoyo por parte de la familia extensa. - Convivencia inestable de la madre con un compañero que no es el padre biológico.
Interacción y dinámicas familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa integración familiar. - Estrés permanente. - Mala comunicación. - Ausencias prolongadas del domicilio conyugal. - Rupturas repetidas de la estructura familiar.

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

FACTORES AMBIENTALES	
Nivel socioeconómico y cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo. - Baja autoestima profesional, insatisfacción laboral, estrés laboral. - Estrés económico.
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de vivienda, hacinamiento, falta de habitabilidad de la vivienda.
Red social	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, escaso apoyo social. - Rechazo social.
Movilidad geográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Emigración, cambios frecuentes de domicilio, nomadismo.

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

FACTORES SOCIO-CULTURALES	
Desarrollo económico y social	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis económica. - Bienestar social. - Cambios en la estructura social.
Ideología social	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes hacia la infancia, la mujer, la maternidad y la familia.

Elaboración propia: Fuente: Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children; 2008

Anexo 12. Hoja de notificación a servicios especializados de menores

IMPRIMIR RESTABLECER GUARDAR SALIR

(Página 1 de 5)

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE RIESGO Y DESAMPARO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA¹ (Código procedimiento: 17841)

CLAVE IDENTIFICATIVA: _____

1 DATOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD							
APELLIDO 1º:		APELLIDO 2º:			NOMBRE:		
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	FECHA NACIMIENTO:	NUHSA: 2	NACIONALIDAD:	DISCAPACIDAD: 3 <input type="checkbox"/>	TRATA: 4 <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO:							
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:				TELÉFONO MÓVIL:			

2 TIPOLOGÍAS E INDICADORES DE RIESGO Y DESPROTECCIÓN ⁵	
<p>FÍSICOS: 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manifiesta que le han causado alguna lesión. <input type="checkbox"/> Magulladuras o hematomas⁷. <input type="checkbox"/> Quemaduras⁸. <input type="checkbox"/> Fracturas óseas⁹. <input type="checkbox"/> Heridas¹⁰. <input type="checkbox"/> Lesiones viscerales¹¹. <input type="checkbox"/> Mordeduras humanas¹². <input type="checkbox"/> Esconde la agresión y/o da respuestas evasivas o incoherentes¹³. <input type="checkbox"/> Intoxicación forzada¹⁴. <input type="checkbox"/> Síndrome del niño zarandeado¹⁵. <input type="checkbox"/> Mutilación genital femenina¹⁶. <input type="checkbox"/> Se le somete a repetidos ingresos y exámenes médicos¹⁷. <input type="checkbox"/> Mendicidad¹⁸. <input type="checkbox"/> Explotación laboral¹⁹. <input type="checkbox"/> Tráfico de órganos²⁰. 	<p>EMOCIONALES: 21</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo físico, emocional y/o intelectual²². <input type="checkbox"/> No controla esfínteres según su edad o habiendo controlado no controla de nuevo²³. <input type="checkbox"/> Actitud temerosa, silenciosa, manifiesta tristeza, apatía²⁴. <input type="checkbox"/> Cambios bruscos en el rendimiento escolar y/o conducta²⁵. <input type="checkbox"/> Llama o busca ser objeto de atención²⁶. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio del niño, niña o adolescente. <input type="checkbox"/> Ideación suicida en el niño, niña o adolescente. <input type="checkbox"/> Conductas de autolesión en el niño, niña o adolescente. <input type="checkbox"/> Cuidados excesivos / Sobreprotección²⁷. <input type="checkbox"/> Se le exige por encima de sus capacidades físicas o psicológicas. <input type="checkbox"/> Las personas cuidadoras tienen una imagen negativa, culpan, desprecian o desvalorizan al niño, niña o adolescente, en público²⁸. <input type="checkbox"/> Se le insulta, intimida, amenaza o discrimina. <input type="checkbox"/> Interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. <input type="checkbox"/> Exposición a violencia doméstica física o verbal extrema y/o crónica. <input type="checkbox"/> Exposición a violencia de género²⁹. <input type="checkbox"/> Falta de interés por sus necesidades y despreocupación por sus problemas. <input type="checkbox"/> Utilización en conflictos entre las figuras parentales para dañarse. <input type="checkbox"/> Corrupción³⁰.
<p>NEGLIGENCIA: 31</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escasa higiene, con hambre, ropa inadecuada para la estación³². <input type="checkbox"/> Problemas físicos, emocionales o necesidades médicas no atendidas³³. <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo físico/Enfermedades reiteradas³⁴. <input type="checkbox"/> Cansancio o apatía permanente³⁵. <input type="checkbox"/> Hábitos horarios inadecuados (sueño, alimentación, ocio, etc.). <input type="checkbox"/> Falta de supervisión³⁶. <input type="checkbox"/> Absentismo escolar³⁷. <input type="checkbox"/> Rendimiento escolar deficiente propiciado por contexto familiar³⁸. <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y/o drogas³⁹. <input type="checkbox"/> Comisión de faltas y/o delitos. <input type="checkbox"/> Falta de colaboración con el centro educativo⁴⁶. 	<p>VIOLENCIA SEXUAL: 47</p> <p>Manifiesta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le han obligado a mantener contactos sexuales. <input type="checkbox"/> Le han pedido que participe en una actividad sexual. <input type="checkbox"/> Le han enseñado los órganos sexuales o se ha masturbado o realizado el acto sexual en su presencia. <input type="checkbox"/> Le han enseñado y/o hablado acerca de material pornográfico. <input type="checkbox"/> Espía su intimidad. <input type="checkbox"/> Dificultad al andar o sentarse sin causas orgánicas. <input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. <input type="checkbox"/> Molestias o lesiones en la zona anal/genital⁴⁸. <input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual⁴⁹. <input type="checkbox"/> Adolescente embarazada⁵⁰.



Anexo 13. Compromiso informado de prevención o declaración jurada de evitación de la Mutilación Genital Femenina.

Datos de la niña	
Nombre y apellidos:	DNI/Pasaporte:
Edad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:	Teléfono:
Código Postal y población:	
Datos de la persona responsable de la niña	
Nombre y apellidos:	DNI/Pasaporte:
Vinculación: Padre Madre Tutor/a legal	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:	Teléfono:
Código postal y población:	
Datos del médico o médica:	
Nombre y apellidos:	DNI:
Número de colegiado/a:	Centro sanitario:

Certificado de salud del médico o médica de la niña

Certifico que la niña referida es una niña sana, que ha seguido los controles establecidos en el Programa de Salud Infantil y que se le han administrado las vacunas correspondientes a su edad. He comprobado que sus genitales están íntegros y no presentan lesiones.

Declaración del médico o médica en cuanto a la información a la persona responsable de la niña

Declaro haber informado a la persona responsable de la niña referida en la página anterior de los aspectos siguientes, relativos a la mutilación genital femenina y cuidados de su salud:

- Marco legal de la mutilación genital femenina en España (según el apartado referido anteriormente).
- Compromiso de demanda de hora para una revisión general de salud, inmediatamente después de la vuelta del país de origen de la familia.
- Compromiso de administrar a la niña la medicación que se le ha prescrito para prevenir la malaria durante la estancia en el país de origen y cantidades importantes de agua, hervida previamente o embotellada.

Compromiso informado de la persona responsable de la niña

DECLARO HABER SIDO INFORMADO/A por el médico o la médica que atiende a la niña de quien soy responsable, de los aspectos relativos a la mutilación genital femenina y cuidados de su salud especificados en el apartado anterior.

CONSIDERO que he entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la niña de la que soy responsable y evitar su mutilación genital. Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del cual quedo con una copia.

FIRMAS, LUGAR Y FECHA:

Firma del padre, madre/persona
responsable de la niña

Firma del médico o médica

Anexo 14. Cesión de datos de carácter sanitario a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

En ocasiones, las FYCS solicitan datos sanitarios personales en el marco de una investigación. Los datos relativos a la salud están protegidos por la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y el Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Es admisible la cesión de datos sanitarios (entre otros, la información contenida en el Parte al Juzgado) directamente a las FYCS que intervengan en las primeras diligencias como policía judicial, tal y como se desprende de la Disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica 3/2018. No se precisa orden judicial expresa, pues será el atestado policial que se instruya el que dará lugar a la incoación del procedimiento judicial.

En cualquier caso, la solicitud de datos que formule la policía judicial deberá cumplir los siguientes requisitos:

Deberá quedar debidamente acreditado que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales y que, tratándose de datos especialmente protegidos, sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.

Debe tratarse de una petición concreta y específica, al no ser admisible el ejercicio de solicitudes masivas de datos.

La Petición se efectuará con la debida motivación, que acredite su relación con los supuestos que se han expuesto.

Los datos serán cancelados cuando no sean necesarios para las averiguaciones que motivaron su almacenamiento, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 22.4 de la Ley Orgánica 15/1999.

En los diferentes planes de actuación que se presentan en este Protocolo, se hace referencia a la necesidad de:

- Facilitar información a la mujer que está viviendo en una relación de malos tratos o ha sido agredida sexualmente, sobre los recursos disponibles adecuados a la situación que presenta.
- Activar otros recursos, como ocurre para garantizar la protección de la mujer.
- Poner en conocimiento determinados hechos a los órganos judiciales.
- Por ello, el personal de salud deberá tener un buen conocimiento de los recursos básicos y la tipología de los mismos (recursos de información y de atención social, del ámbito de la Seguridad y de la Administración de Justicia) que le permitan desarrollar las intervenciones que se plantean en este Protocolo.

Es importante que, además de los recursos a nivel nacional y autonómico, cada profesional conozca también los recursos específicos que hay disponibles a nivel provincial y municipal, y sus características, con el fin de facilitar su utilización.

Es importante tener en cuenta también que la derivación a un recurso no debe ser entendida como el fin de la actuación, y que el seguimiento de las mujeres en la consulta es esencial.

Emergencias

120



112 Servicio de Emergencias



091 Policía Nacional



062 Guardia Civil

Teléfonos de información 24 horas

Teléfono de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer

 016

900 116 016 (para personas con discapacidad auditiva y/o del habla)

Teléfono gratuito y confidencial de información y asesoramiento jurídico, las 24 horas del día y en diferentes idiomas.

Teléfono de información del Instituto Andaluz de la Mujer

 900 200 999

Teléfono gratuito y confidencial de información, atendido por profesionales las 24 horas del día. En este recurso se ofrece:

- Información sobre derechos.
- Asesoramiento jurídico a la hora de iniciar o seguir los trámites policiales o judiciales.
- Solicitud de designación de profesionales del Turno de oficio especializado en violencia de género cuando se carecen de recursos económicos.
- Activación de la acogida en un centro de emergencia para garantizar la protección y seguridad de la mujer si no puede volver a su domicilio.
- A través de este teléfono también se accede al Servicio de Atención Inmediata a Mujeres en caso de Agresiones Sexuales.

Recursos de información, asesoramiento y atención social a mujeres en Andalucía.

Estos recursos prestan servicios de carácter gratuito sobre los recursos existentes y el acceso a los mismos: información y asesoramiento, asistencia legal y psicológica, gestión de la atención y acogida de urgencia (Centros de emergencia), y recuperación integral.

Centros Provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer

Estos centros ofrecen información sobre los derechos de las mujeres y proporcionan atención y asesoramiento en distintas materias. A través de ellos se accede, además:

- A recursos de acogida: centros de emergencia (acogida inmediata para garantizar la protección y la seguridad de la mujer y de sus hijas e hijos), casas de acogida y pisos tutelados.
- A Asesoramiento Jurídico y al Servicio de Asistencia jurídica, gestionado en colaboración con la Asociación de Juristas Themis.
- Al Servicio de Atención psicológica grupal en colaboración con los Colegios Oficiales de Psicología.
- Al Servicio de Atención a mujeres víctimas de violencia sexual y/o agresión sexual en colaboración con la Asociación AMUVI.

Directorio de Centros Provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer

Ciudad	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
ALMERÍA	Paseo de la Caridad, 125	950 006 650	c.mujer.almeria.iam@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	Isabel la Católica, 13	956 007 300	c.mujer.cadiz.iam@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	Avda. de las Ollerías, 48	957 003 400	c.mujer.cordoba.iam@juntadeandalucia.es
GRANADA	San Matías, 17	958 025 800	c.mujer.granada.iam@juntadeandalucia.es
HUELVA	Pza. de San Pedro, 10	959 005 650	c.mujer.huelva.iam@juntadeandalucia.es
JAÉN	Hurtado, 4	953 003 300	c.mujer.jaen.iam@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	San Jacinto, 7	951 040 847	c.mujer.malaga.iam@juntadeandalucia.es
SEVILLA	Alfonso XII, 52	955 034 944	c.mujer.sevilla.iam@juntadeandalucia.es



Información en: <https://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/iam/centros-provinciales>

Centros Municipales de Información a la Mujer

La mayoría de los Centros de Información a la Mujer, son centros fruto de la colaboración del Instituto Andaluz de la Mujer con los ayuntamientos andaluces. Estos Centros, desde los que se articula una intervención global dirigida a las mujeres, ofrecen información, atención y asesoramiento en políticas de igualdad y el fomento de la participación.

Además, se realizan programas específicos de desarrollo personal, educativo y de salud, así como de orientación profesional y laboral.

Andalucía dispone actualmente de 174 Centros Municipales de Información a la Mujer, repartidos por toda la Comunidad Autónoma, de manera que las mujeres dispongan de este recurso de la forma más cercana.

También existen en otros municipios los Puntos de Información a la Mujer (PIM) y centros de información a la mujer denominados de distintas formas: Centro de Atención a la Mujer (CAM), Servicio de la Mujer (SM), Centro Municipal de Atención a la Mujer (CMAM), Oficina Municipal de Información a la Mujer (OMIM), Gabinete de Asesoramiento a la Mujer (GAM), Negociado de Mujer en Especial Dificultad (NMED), Servicio de Políticas de Igualdad de Género (SPIG).

Los CIM suelen tener distinto horario de atención según el municipio y el perfil profesional que preste la demanda (información, asesoría jurídica, atención psicológica...), por lo que se recomienda recabar dicha información antes de derivar al recurso específico.



Consultar el directorio de CIM en: <https://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/2013-09-25-10-31-11/centros-municipales-de-informacion-a-la-mujer>

Recursos y servicios del ámbito de la Seguridad

Servicio de Atención a la Víctima de Andalucía (SAVA)

Información, asesoramiento, protección y apoyo a todas aquellas personas que hayan sido víctimas o perjudicadas por la comisión de cualquier delito o falta.

Su objetivo es dar una atención integral y coordinada basada en la igualdad de género, dando respuesta a sus necesidades en los ámbitos jurídico, psicológico y social, mediante profesionales especializados en dichas materias.

Directorio telefónico del Servicio de Atención a la Víctima de Andalucía

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950 20 40 05/ 00/01/03/04
CÁDIZ	956 01 16 30
CAMPO DE GIBRALTAR	662 97 86 05
CÓRDOBA	957 00 24 60 /61 /62 /63
GRANADA	662 97 91 67 /77 /76
HUELVA	959 10 68 81 /88 662 97 57 19 /69 /68 /20
JAÉN	953 331 375 / 76
MÁLAGA	951 939 005 / 8019 / 8026
SEVILLA	955 005 010 / 12



Información en:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/turismoregeneracionjusticiayadministracionlocal/areas/asistencia-victimas/servicio.html>

Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil (EMUME)

Son equipos de Policía Judicial de la Guardia Civil especializados en hechos delictivos en los que se encuentran implicados mujeres y menores, tanto en calidad de víctimas como de autores. Están compuestos por guardias civiles con la formación necesaria para tratar de manera adecuada estos delitos.

Directorio telefónico de Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950 256 122 Extensión 5166
CÁDIZ	956 292 544 Extensión 544
ALGECIRAS	956 587 610 Extensión 279
CÓRDOBA	957 414 111 Extensión 2283
GRANADA	958 185 400 Extensión 469
HUELVA	959 241 900 Extensión 245278
JAÉN	953 250 340 Extensión 1281
MÁLAGA	952 071 520 Extensión 1536/1532
SEVILLA	954 939 700 Ext. 240



Información en:

http://www.guardiacivil.es/documentos/pdfs/2017/Direcciones_EMUMEs.pdf

Unidades de Atención a la Familia y a la Mujer del Cuerpo Nacional de Policía (UFAM)

Son unidades policiales especializadas en la prevención y la investigación de las infracciones penales sobre violencia de género, doméstica y sexual. Constituyen un servicio de policial integral en el ámbito de la familia y mujer a nivel nacional.

Cuentan con personal especializado con capacidad para atender, escuchar y comprender a todas las víctimas.

Directorio telefónico de Unidades de Atención a la Familia y a la Mujer

Provincia	Ciudad	Teléfono
ALMERÍA	Almería	950 62 30 40
	El Ejido	950 480 706
CÁDIZ	La Línea de la Concepción	956 297 525
	Puerto de Santa María	956 541 499
	Rota	956 843 004
	San Fernando	956 882 020
	Sanlúcar	956 385 325
CÓRDOBA	Córdoba	957 594 500
	Lucena-Cabra	957 500 203
GRANADA	Granada	958 808 000
	Baza	958 700 700
	Motril	958 834 875
HUELVA	Huelva	959 541 950
JAÉN	Jaén	953 295 117
	Andújar	953 503 140
	Linares	953 606 068
	Úbeda	953 796 180
MÁLAGA	Málaga	952 046 200
	Antequera	952 706 350
	Estepona	952 798 300
	Fuengirola	952 197 090
	Marbella	952 762 600
	Ronda	952 161 220
	Torremolinos-Benalmádena	952 378 720
	Vélez-Málaga	952 965 100
	Sevilla	954 289 300
	Alcalá de Guadaira	955 698 888
SEVILLA	Camas	955 982 791
	Coria del Río	954 770 500
	Dos Hermanas	955 675 850
	Écija	955 905 550
	Morón de la Frontera	954 850 102
	San Juan de Aznalfarache	954 179 160



Información en: https://www.policia.es/org_central/judicial/ufam/donde_ufam.php

Recursos y servicios del ámbito de la Justicia

Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Juzgados exclusivos y especializados en violencia de género, que tienen la competencia para adoptar las medidas cautelares necesarias para la protección de la mujer y las personas que de ella dependan, y conocer las causas civiles y penales en materia de violencia sobre la mujer, acordando las medidas judiciales que estimen adecuadas. Y derivan a las Unidades de valoración integral de la violencia para la valoración forense del grupo familiar.

Directorio telefónico de Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Ciudad	Juzgado	Teléfono
ALMERÍA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Almería 1	950809094 / 950809095
CÁDIZ	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Cádiz 1	956065057 / 956101058
Algeciras	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Algeciras 1	956061922 / 956061923
Jerez de la Frontera	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jerez de la Fra. 1	956104091 / 956104097
CÓRDOBA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Córdoba 1	957743012 / 957740087
GRANADA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 1	958059273 / 958059271
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 2	958059280 / 958059255
HUELVA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Huelva 1	959106633 / 959106776
JAÉN	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jaén 1	953331364 / 953331369
MÁLAGA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 1	951939057
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 2	951939058
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 3	951939059
Fuengirola	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Fuengirola 1	951774009
Marbella	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Marbella 1	952913274
SEVILLA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 1	955515208 / 955515239
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 2	955515206 / 955515214
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 3	955512226 / 955515273
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 4	955514347 / 955514381



Información en: <http://www.juntadeandalucia.es/justicia/adriano>

Fiscalías de las Secciones contra la Violencia sobre la Mujer

Intervienen en el procedimiento penal en los Juzgados de violencia sobre la mujer, coordinando actuaciones con otras instituciones para la investigación e instrucción del caso, valorando la situación y emitiendo informes.

Directorio de titulares y teléfonos de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Ciudad	Fiscal Delegada/o	Teléfono
ALMERÍA	Marta Brea Sanchiz	950 03 72 45
CÁDIZ	Lorena Montero Pujante	956 90 22 53
CÓRDOBA	M ^ª Luisa García Iglesias	697 95 17 83
GRANADA	Susana Vega Torres	662 97 92 50
HUELVA	Adela García Barreiro	662 97 57 24
JAÉN	Gracia Rodríguez Velasco	662 978 836
MÁLAGA	Mari Flor Torres Porras	951 938 395
SEVILLA	Fátima Domínguez Castellano	954 787 911



Institutos de Medicina Legal (Unidades de Valoración de Violencia de Género)

Son órganos cuya misión es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense.

Dentro de los Institutos de Medicina Legal se crean, en virtud de la disposición adicional segunda de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género como unidades de actuación especializada para dar una respuesta global a este tipo de violencia mediante las siguientes actuaciones:

- Valoración integral de los efectos de la violencia física, psíquica y sexual en las mujeres víctimas de violencia de género.
- Valoración de los efectos de la exposición a la violencia y de las agresiones sufridas por los hijos y las hijas y menores a su cargo.
- Valoración de la incidencia, la peligrosidad objetiva y el riesgo de reincidencia del agresor.
- Valoración relativa a los procedimientos civiles que afecten a las víctimas de violencia de género contemplados en la legislación vigente.

Directorio telefónico de Unidades de Valoración de Violencia de Género (IML)

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950004837
CÁDIZ	956203146
CÓRDOBA	957002600
GRANADA	958028824
HUELVA	959018876
JAÉN	953006700
MÁLAGA	951035443
SEVILLA	955043532



Información en:

<http://www.cji.junta-andalucia.es/justiciaeinterior/opencms/portal/Justicia/ContenidosEspecificos/Organizacionjudicialandalucia/unidades?entrada=tematica&tematica=722>

#corazonessinmiedo



Junta de Andalucía