

Protocolo  
de actuación sanitaria ante  
**la violencia  
contra las  
mujeres**



## **Edita y Distribuye**

Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.

## **Grupo de trabajo del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres:**

### **Dirección General de Salud Pública y Consumo**

M<sup>a</sup> Pilar Díez Ripollés. *Jefa de Servicio de Promoción de la Salud*

M<sup>a</sup> José López de Valdivielso. *Jefa de Sección de Programas de Salud*

### **Servicio Riojano de Salud (SERIS)**

Félix Aparicio Ortigosa. *Médico de Atención Primaria*

M<sup>a</sup> Antonia Aretio Romero. *Trabajadora Social de Atención Primaria*

M<sup>a</sup> Luisa Cuartero Iturralde. *Ginecóloga Hospital San Pedro*

Roberto Díaz Sancidrián. *Matrona de Atención Primaria*

Nieves Lorente Guadalix. *Responsable Asistencial del CARPA*

Pedro Marco Aguilar. *Coordinador de Urgencias del Servicio Riojano de Salud*

Ana Mayoral Romero. *Enfermera de Atención Primaria*

Gemma Santamaría Sáenz de Jubera. *Psicóloga de Atención Primaria*

### **Instituto de Medicina Legal de La Rioja**

Jorge González Fernández. *Director del Instituto de Medicina Legal de La Rioja*

### **Fundación Hospital Calahorra**

Belén Pérez Barrasa. *Médica de urgencias*

### **Depósito Legal**

LR-359-2010





Protocolo  
de actuación sanitaria ante  
**la violencia  
contra las  
mujeres**



# ÍNDICE

---

Presentación.....	7
Introducción.....	9
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Conceptos Generales.....	13
1. Definición.....	13
2. Tipos de violencia.....	14
3. Causas.....	16
4. Mitos y estereotipos.....	17
5. Ciclo de la violencia.....	18
Salud de la mujer maltratada.....	23
Los servicios sanitarios ante la violencia contra las mujeres.....	25
1. Dificultades para identificar los malos tratos.....	30
2. Detección y valoración. Algoritmo de actuación.....	33
3. Identificación.....	37
4. Valoraciones.....	41
5. Actuación.....	42
6. Actuación ante agresiones sexuales.....	45
Registro.....	53
Recursos en situación de malos tratos.....	55
Evaluación.....	56
Dilemas éticos en la práctica asistencial.....	57
Actuación con el maltratador.....	63
Prevención de la violencia desde el sistema sanitario.....	64
Anexos.....	65
Anexo I. Parte de lesiones.....	65
Anexo II. Recursos.....	70
Anexo III. Plan de seguridad.....	72
Bibliografía.....	75





# PRESENTACIÓN

---

La violencia contra las mujeres puede producirse en todos los estratos sociales, económicos y culturales, por lo que hay que perder de vista algunos de los mitos muy extendidos que nos hacen pensar que, la situación de maltrato afecta sólo a determinadas mujeres. Los efectos de este tipo de violencia son devastadores para la salud y bienestar de las mujeres, así como para el desarrollo económico y social.

Por tanto, se trata de un problema de salud pública prioritario y de primera magnitud, que ha registrado un incremento constante en su incidencia y gravedad y que, como consecuencia de las secuelas, resta años de vida en buena salud a las mujeres afectadas. El sistema sanitario, y principalmente las consultas de atención primaria, son la primera puerta de entrada y de contacto de estas mujeres con los servicios públicos.

A menudo, a la primera persona a la que la mujer pide ayuda es al profesional sanitario. Tiene la capacidad para establecer un espacio de confianza para escuchar a las mujeres; juegan un papel importante e imprescindible en detectar y prevenir las consecuencias del maltrato, así como prestar una atención integral a las mujeres que están en situación de violencia y de sus hijos e hijas u otras personas a su cargo que la padecen junto a ellas.

Este protocolo es la respuesta de la Consejería de Salud a un problema emergente en nuestra sociedad, una útil herramienta destinada a prestar apoyo a las distintas profesiones sanitarias y a los equipos de Atención Primaria del sistema público de salud de La Rioja para que puedan ayudar a las mujeres que se ven afectadas por este grave problema, con el objetivo de que pronto se convierta en una realidad la erradicación de la violencia contra las mujeres en nuestra sociedad.

*José Ignacio Nieto*

Consejero de Salud



# INTRODUCCIÓN

---

Las organizaciones de mujeres feministas fueron las primeras en poner de manifiesto el maltrato que padecen las mujeres en manos de los hombres. Gracias a estas organizaciones, la violencia contra las mujeres dejó de pertenecer al ámbito de lo privado y pasó a ser un problema de la sociedad en su conjunto que, por su magnitud, comenzó a visualizarse como un obstáculo en el desarrollo social y económico de los distintos países.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993, afirmó que la **violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales**. Reconoció que constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, y proclamó la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*<sup>1</sup>.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995<sup>2</sup>, así como la resolución WHA49.25 adoptada en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996<sup>3</sup>, se reconoció la violencia contra las mujeres como un **problema de salud pública** creciente en todo el mundo y la identifica como factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias.

La Constitución Española de 1978, en los artículos 10 y 15, recoge el derecho a la integridad física y psíquica de las personas y al desarrollo de su personalidad, siendo estos derechos fundamento del orden político y social. Por lo tanto, el maltrato a las mujeres deja de pertenecer exclusivamente al ámbito de lo privado, como tradicionalmente se veía, para convertirse en un importante problema de índole social, que requiere de la acción política e institucional.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>4</sup>, contempla en el capítulo III las actuaciones en el ámbito sanitario. El artículo 15 hace referencia a la sensibilización y formación del personal sanitario y a planes nacionales de salud, y el artículo 16, a la creación de la Comisión contra la Violencia de Género en el seno del Consejo Interterritorial de Salud. Dicha Comisión está integrada por representantes de todas las comunidades autónomas y elabora un informe anual de situación, a

la vez que propone las medidas necesarias que se deben aplicar en el sistema sanitario para la erradicación de la violencia sobre la mujer.

En La Rioja, desde el 11 de diciembre de 2003, fecha de la firma del **Acuerdo interinstitucional para la mejora de la atención a víctimas de maltrato doméstico, violencia sobre las mujeres y agresiones sexuales**, se han ido desarrollando políticas y actuaciones en las distintas administraciones y sectores sociales. Posteriormente y mediante la Resolución de 4 de abril de 2005 de la Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, se da publicidad al Acuerdo de 12 de noviembre de 2004 de la Comisión de Seguimiento, por la que se crea el **Observatorio de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de La Rioja**.

En el **III Plan Integral contra la Violencia de Género**, así como en el resto de Planes Integrales elaborados por el Gobierno de La Rioja, se recogen líneas básicas de intervención, con objetivos y medidas relacionadas con la violencia doméstica y la violencia contra las mujeres y que corresponden a las siguientes áreas: sensibilización, transmisión de valores igualitarios y perspectiva de género, atención integral a la víctima, inclusión social de las mujeres que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, conciliación de la vida personal, familiar y laboral y cooperación institucional.

El **II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013**, contempla entre sus objetivos: “detectar y proporcionar atención integral en los casos de violencia, con especial atención a las mujeres que sufren maltrato y a sus hijos e hijas”.

## JUSTIFICACIÓN

---

El sistema sanitario público de La Rioja cuenta con un “Programa integral de detección y abordaje de la violencia desde el sistema sanitario”, con un apartado específico para la violencia contra las mujeres. El documento base fue elaborado por un grupo de trabajo formado por trabajadoras sociales. Posteriormente, se constituyó una comisión con profesionales de la salud de diferentes disciplinas, en coordinación con otras instituciones y/o servicios, especialmente con el Instituto Riojano de Medicina Legal.

El Ministerio de Sanidad y Consumo editó en el año 2007 el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, con el fin de establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para su aplicación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este protocolo se elaboró en el seno de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por el Observatorio de Salud de la Mujer, de la Dirección General de la Agencia de Calidad del MSC y con amplia participación de las comunidades autónomas. El grupo de trabajo continúa desarrollando los aspectos relacionados con la implementación y evaluación del protocolo.

A partir de su publicación del protocolo, en el seno del Servicio Riojano de Salud (SERIS), se creó un grupo de trabajo interdisciplinar, que se ha encargado de adaptar el programa vigente a las directrices del protocolo común. Esta adaptación se ha realizado mediante el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Comunidad Autónoma de La Rioja, para la realización de actividades en violencia contra las mujeres.<sup>5,6</sup>

## OBJETIVOS

---

El **objetivo general** del protocolo es aportar conocimientos, unificar criterios, ofrecer orientaciones y recursos a profesionales del sistema público de salud de La Rioja, para la prevención, detección precoz y atención integral del maltrato a las mujeres.

Este protocolo tiene además los siguientes **objetivos específicos**:

1. Sensibilizar al colectivo de profesionales sanitarios acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia contra las mujeres.
2. Implicar a todas las profesiones sanitarias en la detección de casos de violencia contra las mujeres en el Sistema Público de Salud de La Rioja.
3. Promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.
4. Contribuir, desde el sistema público de salud, a sensibilizar a la población sobre este problema.

# CONCEPTOS GENERALES

---

## ¿Por qué la violencia contra las mujeres?

En la actualidad se está utilizando un amplio número de conceptos para referirse al fenómeno de la violencia que se ejerce contra las mujeres por razón de su sexo: “violencia sexista”, “violencia masculina”, “violencia de género”... Con el fin de unificar la terminología y evitar confusiones se propone la utilización del término “violencia contra las mujeres”. Los motivos de esta elección son varios: es un término claro y comprensible para cualquier persona no experta en la materia, hace visible que son las mujeres quienes sufren la violencia y es la expresión que en estos momentos alcanza un mayor consenso social y político, y que se utiliza en los organismos internacionales.<sup>2,3</sup>

La violencia a la que normalmente están expuestos los hombres ocurre en un ambiente público, perpetrada por un desconocido o un conocido, mientras que las mujeres están expuestas a la violencia en su círculo privado y es perpetrada, muy a menudo, por un hombre conocido, por un hombre con el que la mujer mantiene o ha mantenido una relación afectiva y sexual. La gran mayoría de los actos de violencia en este contexto suele tener un hombre como autor y una mujer como víctima<sup>7</sup>. La diferencia entre hombres y mujeres es abrumadora, como queda reflejada en las encuestas realizadas a nivel mundial según las cuales, entre el 10% y el 60% de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente por una persona de sexo masculino en algún momento de sus vidas.<sup>8</sup>

## 1. DEFINICIÓN

En el año 1993 la Organización de Naciones Unidas (ONU) define la violencia de género como: *“Todo acto de violencia, basado en la pertenencia al género femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*<sup>9</sup>. Incluye actos de violencia contra la mujer

dentro o fuera de su hogar, independientemente de que la agresión la realice su cónyuge, pareja, ex pareja o un desconocido.

El artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aporta la siguiente definición: “La manifestación de la discriminación de la situación de la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

**Este protocolo se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercidos contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el agresor, aunque las actuaciones a las que hace referencia están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o ex-pareja.**

## 2. TIPOS DE VIOLENCIA

Existen diferentes formas de manifestar la violencia contra las mujeres, pudiéndose presentar, cada una de ellas, de manera aislada o varias a la vez. Las lesiones físicas que requieren asistencia sanitaria son más fáciles de identificar en las consultas y que sean reconocidas por la propia mujer, pero hay otros tipos de violencia que si no se realiza una búsqueda específica en las mujeres con signos y síntomas de sospecha, a menudo pasan desapercibidas en los servicios de salud.

**Física:** comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza (bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras. . .) y que provoque o pueda provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.



**Sexual:** ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. A esto hay que añadir otras formas de violencia sexual como las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras.

**Psicológica:** conducta verbal o no verbal, 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.

La violencia física y la sexual suelen ir acompañadas de violencia psicológica o de una actitud dominante y constante del agresor.

**Económica:** son acciones u omisiones que afectan a la supervivencia de la víctima. Ocurre cuando hay despojo o destrucción de los bienes personales o de la sociedad conyugal, cuando hay negación a cubrir cuotas alimenticias para las hijas/os o para los gastos del hogar, u otros hechos ligados a aspectos económicos del hogar y de la familia que produzcan daño de manera intencional.

**Ambiental:** se refiere a acciones manifiestas de romper y golpear objetos, destrozarse enseres, tirar las cosas de la mujer u otros actos que se produzcan en el entorno, con la finalidad de intimidar a la mujer.

**Social:** hace referencia a humillaciones, ridiculizaciones, descalificaciones, burlas en público hacia la mujer y muestras de descortesía en su círculo social y familiar, así como conductas de seducción hacia otras mujeres en presencia de la pareja o a la utilización de privilegios para conseguir que le sirvan.

Las particulares características de personas pertenecientes a etnias y con tradiciones culturales menos comunes en nuestra sociedad, hace que actualmente se esté ampliando en nuestra cultura la gama de manifestaciones de violencia contra la mujer como la mutilación genital, los delitos de honor o los matrimonios forzados.

### 3. CAUSAS

Los principales factores determinantes de la violencia contra las mujeres son la relación desigual entre hombres y mujeres, y la existencia de la “cultura de la violencia” como medio para resolver conflictos.

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 (Ley Orgánica 1/2004).

**La violencia contra las mujeres es estructural**, se nutre de la creación cultural de identidades desiguales entre sexos y de la creación social de relaciones jerárquicas entre mujeres y hombres, otorgando privilegios a los hombres. Las normas y los valores relacionados con el género sitúan a la mujer en una posición de subordinación con respecto al hombre y ello mantiene y refuerza la violencia ejercida contra ellas. El ejercicio de la violencia sucede con independencia de la clase social, religión, cultura o instrucción. Además **es instrumental**, debido al poder de los hombres y a la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico de los modelos sociales patriarcales y requiere de algún mecanismo de sometimiento para que perdure. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar el dominio del hombre, más que un fin en sí mismo, es un instrumento de poder y control social.

Es preciso promover un sistema de valores basado en la equidad y el respeto mutuo y no sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres.<sup>10</sup>

## 4. MITOS Y ESTEREOTIPOS

- Los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, no son exclusivos de sectores socialmente desfavorecidos o marginales.
- Los hombres violentos lo son por razones culturales y no naturales, la violencia se puede contener si no se permite en el contexto social y cultural donde se produce.
- Los hombres que ejercen la violencia, salvo algunas excepciones, no sufren problemas psíquicos y discriminan, muy cuerdamente, en qué situaciones se pueden “permitir” ejercer la violencia. Es una violencia selectiva, que se expresa exclusivamente en relaciones donde el hombre tiene más poder.
- La violencia la padecen mujeres de toda clase y condición social, ya que el ser víctima de ella no va a depender de lo que haga o no la mujer, sino de la atribución del significado que el hombre dé a su conducta.
- Las mujeres que continúan con una relación de maltrato no lo hacen porque consienten o quieren, sino por otros muchos motivos (personales, psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos...) que les dificulta la ruptura de la relación.
- La violencia consiste en un proceso, no en actos o comportamientos aislados.
- El consumo de alcohol y otras drogas no determina el abuso de los malos tratos. Pese a ser sustancias desinhibidoras, lo más significativo de ellas es que permiten al hombre autorizarse a llevar adelante una previa intencionalidad y a la vez, tranquilizar su conciencia y anular su autocrítica: *“Se bebe para pegar y no se pega por beber”*. Generalmente, los hombres que maltratan saben cuándo y con quién ser violentos.

## 5. CICLO DE LA VIOLENCIA

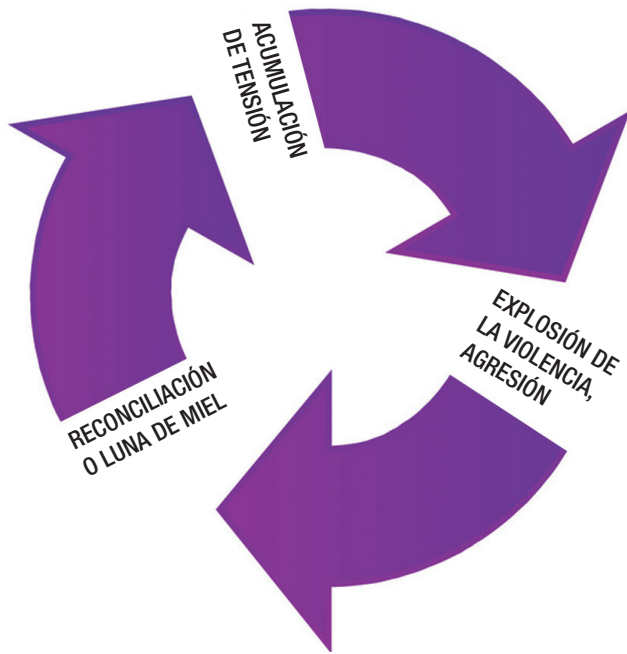
Frecuentemente, en la pareja el maltrato hacia la mujer comienza con conductas de abuso psicológico, que se justifican con celos y/o deseos de protección. Estas conductas, de carácter restrictivo y controlador, van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer. Para comprender y actuar contra la violencia es muy importante conocer las etapas que va atravesando la mujer. El ciclo de la violencia consta fundamentalmente de tres fases:

**Acumulación de tensión:** se caracteriza por una escalada gradual de tensión en la pareja y por situaciones de conflicto que la mujer piensa que puede controlar. En esta fase inicial se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física.

**Explosión de la violencia o agresión:** estalla la violencia con agresiones físicas, psicológicas y sexuales. En esta fase, la mujer suele pedir ayuda o denunciar la situación.

**Reconciliación o luna de miel:** en esta tercera parte del ciclo, la violencia tiende a desaparecer, la tensión disminuye, el agresor manifiesta arrepentimiento y manipula afectivamente a la mujer hasta conseguir que ésta piense que va a cambiar y así evitar la ruptura. En esta fase, si la mujer cede, los comportamientos violentos del agresor se afianzan, van ganando terreno y se instauran con mayor firmeza. De este modo, progresivamente los episodios violentos vuelven a aparecer y se repite el ciclo una y otra vez. En esta fase, también se inician los procesos de separación y de búsqueda de ayuda. Cuando la mujer se enfrenta al agresor, se incrementa el riesgo de muerte.

No todas las mujeres están sometidas a la violencia de la misma forma, ni todas las relaciones violentas cumplen las mismas fases. Algunas no pasan por la fase de luna de miel, ya que las conductas consoladoras de los agresores son constantes. En otros casos se presenta la forma moderada de violencia, produciéndose una situación continua de frustración y amenaza hacia la mujer, pero apareciendo sólo de forma ocasional la agresión física. Hay mujeres que tardan años en darse cuenta de que están sometidas a este proceso de violencia, y mientras su salud y bienestar se van mermando, el hombre que las maltrata se ratifica en su estrategia.



A lo largo del proceso de la violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, pierde también las esperanzas de cambiar la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor.

Para el hombre maltratador, la sumisión de la mujer será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir siempre indicaciones concretas para cambiar su situación, debe ser escuchada y respetada en su proceso, evitando en todo momento juzgarla o culpabilizarla por sus decisiones.

Es importante informar a la mujer maltratada para que sea consciente del peligro que corre. Es necesario que sepa que si permanece en esa situación la violencia continuará e irá en aumento y que no podrá corregir la conducta de su agresor.

En las relaciones de pareja también se evidencian comportamientos “invisibles” de violencia y dominación por parte de los hombres, que son actitudes grabadas firmemente en el modelo masculino y se denominan “micromachismos” que “son controles y abusos de poder pequeños, normalizados, que los hombres ejecutan habitualmente. Restringen de forma reiterada e insidiosa la autonomía, seguridad y el equilibrio psíquico de las mujeres. Sus efectos dañinos solo se ven a largo plazo. Dado que son invisibles se ejercen con total impunidad”.<sup>11</sup> Estas violencias cotidianas perpetúan la distribución desigual e injusta de los derechos y oportunidades en ambos sexos.

## **Dificultades de la mujer para salir de una situación de violencia**

Las dificultades que tienen las mujeres para salir del maltrato están atribuidas al miedo, culpa, baja autoestima, sensación de fracaso, sentimientos de vergüenza, y están relacionadas con creencias y valores asociados a la construcción social del género (mito del amor romántico, atribución diferenciada de responsabilidades, distribución desigual de roles, dependencia afectiva o económica. . .).

Las mujeres con discapacidad, las mujeres inmigrantes, las que habitan en zonas rurales o las mujeres en situación de exclusión social son más vulnerables al maltrato<sup>13</sup>, y tienen menor capacidad de respuesta para afrontar esta situación.

La respuesta de la mujer ante la situación del maltrato está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el nivel de responsabilidad hacia los hijos e hijas, por los recursos de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si tienen autonomía económica, cuando el maltrato es severo, si tienen apoyo familiar y social y si el maltrato afecta directamente a sus hijas e hijos. También en mujeres con mayor poder o autonomía en las esferas públicas o fuera del ámbito familiar y en las que desarrollan o tienen relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico.

Las mujeres que continúan con una relación donde hay maltrato no lo hacen porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos (personales, psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, etc.) que les dificulta la ruptura con esa relación.

## Hijos e hijas víctimas de la situación de violencia

A menudo pasa desapercibido que las mujeres que padecen malos tratos viven con sus hijas e hijos y, por lo tanto, también están sometidos a la situación de violencia, con mayor riesgo de sufrir trastornos emocionales y de conducta. Si la madre detecta y nos refiere alguna alteración en sus hijas/os, se debe de informar a su pediatra, sobre la situación de violencia que están padeciendo.

Problemas objeto de atención clínica y trastornos emocionales y de conducta que podemos encontrar con mayor frecuencia en sus hijas e hijos:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos y conductas de amenaza, miedo, angustia y tristeza.
- Dificultades de aprendizaje y socialización.
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- Mayor frecuencia de síntomas psicósomáticos.

Es preciso valorar el entorno en el que viven las hijas y los hijos de un maltratador. Junto a él van aprendiendo modelos de comportamiento que en adelante serán un factor de riesgo para que se reproduzcan los mismos rasgos estructurales de los que se nutre la violencia. Por lo tanto, estos hijos e hijas que se han socializado en un entorno familiar en el que está instaurada la violencia contra su madre, tienen mayor probabilidad de que se conviertan en maltratadores o víctimas.

La violencia también puede afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

## La violencia contra las mujeres inmigrantes

La información aportada por los distintos órganos e instituciones, representados en la Subcomisión del Observatorio de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de La Rioja, demuestra la mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes ante el maltrato. Esta situación se produce por la mayor dependencia al agresor (legal, económica y afectiva), por la precariedad económica en la que viven, por desinformación, por miedo a ser expulsadas, por la ausencia de protección por parte de la familia y por la falta de apoyo de sus redes sociales, que generalmente están lejos.

La Ley de Extranjería garantiza a las mujeres extranjeras los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como las medidas de protección y seguridad establecidas en la legislación vigente. En el momento en que una mujer extranjera denuncie una situación de violencia de género, y se ponga de manifiesto su situación irregular, el expediente administrativo sancionador incoado será suspendido hasta la resolución del procedimiento penal. También en situación irregular, podrá solicitar una autorización de residencia y de trabajo por circunstancias excepcionales, a partir del momento en que se hubiera dictado una orden de protección o con informe del ministerio fiscal. Dicha autorización se resolverá cuando concluya el procedimiento penal, si bien se le podrá conceder una autorización provisional de residencia y trabajo hasta ese momento.

Es necesario extender la participación y colaboración a las asociaciones de inmigrantes y concienciarlas de su responsabilidad en la erradicación del problema.



## SALUD DE LA MUJER MALTRATADA

Las consecuencias del maltrato sobre la salud de las mujeres son múltiples. El maltrato genera en las mujeres una mayor morbilidad y mortalidad. Es un factor que ocasiona peor salud física y psíquica, y ofrece datos de una peor salud autopercebida<sup>12</sup>.

### Consecuencias sobre la salud de las mujeres por violencia masculina en la pareja

#### FÍSICAS

- Lesiones abdominales y torácicas
- Moratonos e hinchazón
- Síndrome de dolor crónico
- Discapacidad
- Fibromialgia
- Fracturas
- Trastornos del aparato digestivo
- Síndrome de colon irritable
- Desgarros y abrasiones
- Lesiones oculares
- Disminución de las funciones físicas

#### PSÍQUICAS Y DEL COMPORTAMIENTO

- Trastornos debidos al consumo de alcohol y otras drogas
- Trastornos del estado de ánimo: depresión
- Trastornos de ansiedad y crisis de pánico
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Sentimientos de vergüenza y culpabilidad

## PSÍQUICAS Y DEL COMPORTAMIENTO

Fobias  
Baja autoestima y sentimientos de inferioridad  
Trastorno por estrés postraumático  
Trastornos somatomorfos y síntomas psicósomáticos  
Comportamiento suicida y daño autoinfligido  
Comportamiento sexual de riesgo

## SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Trastornos del aparato genital  
Esterilidad  
Enfermedades inflamatorias de la pelvis  
Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo  
Disfunción sexual  
Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH/SIDA  
Práctica de abortos de riesgo  
Embarazo no deseado

## MORTALES

Mortalidad relacionada con el sida  
Mortalidad materna  
Homicidio  
Suicidio

## SOCIALES

Aislamiento social  
Pérdida de empleo  
Absentismo laboral

## LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

---

Prevenir la violencia contra las mujeres y hacer efectivo el derecho a una vida libre de violencia implica, entre otras acciones, identificar a las posibles mujeres maltratadas y garantizarles la asistencia y protección adecuadas.<sup>14</sup>

Los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren malos tratos. La mayor parte de las maltratadas entran en contacto con el sistema público sanitario con relativa frecuencia, ya sea por causas comunes a los ciclos vitales de la mujer (embarazo, parto, menopausia, cribado de cáncer de mama o de cérvix, etc.) o por causas relacionadas con su rol social de cuidadoras (hijas e hijos, padres y madres, familiares dependientes...). Los problemas de salud relacionados con los malos tratos, hacen que las mujeres sean más frequentadoras de los servicios sanitarios de atención primaria, urgencias, obstetricia, ginecología y salud mental.

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

En muchas ocasiones se requieren intervenciones interdisciplinarias, con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro de atención primaria, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas, con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

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

que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supondría el primer paso para la comprensión y visualización del problema. El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de “autoridad”, como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Violencia contra las mujeres” dirigiéndose al personal sanitario, señala: *“No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte”*.

La OMS define las acciones mínimas desde el sistema sanitario que son las siguientes:

- Como tarea habitual dentro de las actividades preventivas, preguntar con regularidad a todas las mujeres, cuando sea factible, sobre la existencia de violencia doméstica.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender el malestar de las mujeres maltratadas y sus problemas de salud, como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las mujeres, si es preciso, a los recursos disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema, mediante el registro de casos.

No hacer es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. Actuar contribuye a resolver el caso y a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia contra las mujeres. Frecuentemente, no se interviene por miedo a no saber qué hacer o a hacer más daño, pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia, la consulta médica es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer, se puede ir descubriendo en qué se le puede ayudar y cómo.

## ¿Es el personal de salud parte del problema?

El personal de salud puede ayudar a las mujeres omitiendo conductas como:

### VIOLACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD

- Entrevistarla en presencia de familiares u otras personas de su entorno.
- Comentar con compañeros/as los problemas de la víctima sin su consentimiento.
- Llamar a la policía sin su consentimiento.

### ACEPTAR LA AGRESIÓN COMO ALGO NORMAL

- Desconocer su declaración de abuso.
- Aceptar la intimidación como algo normal en la relación.
- Creer que el abuso es el resultado de la desobediencia al patriarcado.

### IGNORAR SU NECESIDAD DE SENTIRSE SEGURA

- No reconocer el temor que siente.
- No preguntar si se siente segura de regresar a su casa, o si tiene un lugar a donde ir en caso de que la situación empeore.

### NO RESPETAR SU AUTONOMÍA

- Recomendar el divorcio, recetar sedantes, recomendar irse a un albergue, terapia de parejas, o la intervención de la policía.
- Recriminar a la víctima por no seguir sus consejos.

### CULPAR A LA VÍCTIMA

- Preguntar que hizo para provocar el maltrato.
- Tratarla como si ella fuera el problema.
- ¿Por qué no se va?
- ¿Por qué lo aguanta?
- ¿Por qué se deja maltratar?

### TRIVIALIZAR Y RESTARLE IMPORTANCIA AL ABUSO

- No tomar en serio el temor que la víctima siente.
- Asumir que si lo ha tolerado durante años, no tiene importancia.
- Insistir en que lo principal es mantener a la familia unida.

Fuente: Adaptado del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de Salud. Oficina Regional de la OMS.

## ¿Contribuye el personal de salud a su solución?

El personal de salud para ayudar a las mujeres debe:

### RESPETAR SU CONFIDENCIALIDAD

- Las conversaciones deben ser privadas, sin la presencia de miembros de la familia.
- Esto es esencial para crear un ambiente de confianza y garantizar su seguridad.

### CREER Y VALIDAR SUS EXPERIENCIAS

- Escucharla y creerla.
- Reconocer sus sentimientos y hacerle saber que no está sola.

### RECONOCER LA INJUSTICIA

- La violencia cometida contra la mujer no es su culpa. Nadie merece sufrir agresión.

### RESPETAR SU AUTONOMÍA

- Respetar su derecho a tomar decisiones sobre su situación. En sus circunstancias ellas lo saben.

### AYUDARLA A PLANEAR SU SEGURIDAD

- ¿Qué medidas ha tomado para mantener su seguridad y la de su familia?
- ¿Funcionarán? ¿Tiene un lugar donde pueda ir en caso de que lo necesite?

### PROMOVER EL USO DE SERVICIOS COMUNITARIOS

- Conocer y compartir los recursos de su comunidad: línea telefónica de ayuda, albergue para mujeres agredidas, centro psicológico, grupos de autoayuda, servicios jurídicos, etc.

Fuente: Adaptado del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de Salud. Oficina Regional de la OMS.

# 1. DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LOS MALOS TRATOS

## Por parte de la mujer

- Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos... , etc.).
- Baja autoestima, culpabilización.
- Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social.
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral.
- Vergüenza y humillación.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de los que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro).
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar.
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también).
- Están acostumbradas a ocultarlo.
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmobilizadas, desconcertadas.

## Por parte del personal sanitario

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad.
- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencias de que la violencia no es tan frecuente.  
Intento de racionalización de la conducta del agresor.



- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato).
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, temor por la seguridad de la mujer o por la propia integridad.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- Frecuentes actitudes paternalistas o maternalistas.

### **En el contexto de la consulta**

- Falta de privacidad e intimidad.
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo el idioma en el caso de mujeres inmigrantes...).
- Que la mujer acuda a consulta acompañada del maltratador.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.

### **En el ámbito sanitario**

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

## **Actuación en atención primaria y especializada**

Los equipos de atención primaria, gozan de una situación privilegiada en el sistema público de salud. Sus características, estructurales y formativas, los convierte en el mejor escenario para actuar en la detección precoz y en la atención integral a las mujeres que padecen situación de violencia. La fácil accesibilidad, el contacto directo y continuado con las pacientes y su entorno y el hecho de contar con equipos interdisciplinarios, facilitan su actuación.

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

En la atención integral a la mujer que sufre maltrato significa que, además de atenderla a ella en su dimensión biopsicosocial y hacerle un seguimiento, es necesario actuar también con sus hijos, hijas y otras personas dependientes a su cargo.

## 2. DETECCIÓN Y VALORACIÓN. ALGORITMO DE ACTUACIÓN

### Primera visita

1. Apertura de la historia clínica.

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



## **Indicadores de sospecha**

La presencia de ciertos signos y síntomas, pueden hacer sospechar que una mujer está sufriendo violencia. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos.

### **1. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer:**

#### **1.1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia**

#### **1.2. Antecedentes personales y de hábitos de vida**

- Lesiones frecuentes.
- Abuso de alcohol u otras drogas.
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos.

#### **1.3. Problemas gineco-obstétricos**

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- Historia de abortos repetidos.
- Hijos con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

#### **1.4. Síntomas psicológicos frecuentes**

- Insomnio.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Intentos de suicidio.
- Baja autoestima.

- Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Fragilidad.
- Sumisión.
- Cambios emocionales.
- Hipervigilancia, reviviscencia del trauma, embotamiento emocional, desapego, evitaciones, rumiación, actitud asustada y en general síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

### **1.5. Síntomas físicos frecuentes**

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

### **1.6. Utilización de servicios sanitarios**

- Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

### **1.7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer**

- Situaciones de cambio vital:
  - Embarazo y puerperio.

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

### **1.8. Información de familiares, amistades, profesionales e instituciones, en relación a que la mujer está siendo víctima de malos tratos**

## **2. Indicadores de sospecha durante la consulta**

### **2.1. Características de las lesiones y problemas de salud**

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura del tímpano.

## 2.2. Actitud de la mujer

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo, al abrirse la puerta.
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
- Autoestima baja.
- Sentimientos de culpa.
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
- Si está presente su pareja:
  - Temerosa en las respuestas.
  - Busca constantemente su aprobación.

## 2.3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente durante toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o Intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico.

## 3. IDENTIFICACIÓN

Cuando el personal sanitario sospeche que una mujer pueda ser víctima de maltrato, deberá confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello, será preciso realizar una entrevista clínica específica. A continuación, se presentan algunas recomendaciones que ayudarán a crear un clima que facilite la confianza.

## Entrevista clínica

- Ver a la mujer a solas, para asegurar la confidencialidad de la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional de la mujer a través del lenguaje verbal y no verbal.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Escuchar a la mujer, mirándola a los ojos y practicando la escucha activa. Mantener con ella una actitud de empatía (ponerse en su lugar), sin juzgar, criticar ni preguntar por qué no abandona al maltratador.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas, a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- En el caso de que reconozca el maltrato, expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer a la mujer sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o la ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿por qué sigue con él?"; "Si usted quisiera acabar, se iría...".
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- NO recomendar terapia de pareja, ni mediación familiar.
- NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones.



## Ejemplos de preguntas ante la sospecha de maltrato

- En el caso de sospecha por la información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:
  - He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que... (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud? La encuentro algo intranquila, ¿qué le preocupa?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto?, ¿cree que todo está relacionado?
  - En muchos casos, las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los problemas identificados, los más significativos) suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo de su pareja, ¿es éste su caso?
  - En caso de sospecha por antecedentes, como dispareunia, dolor pélvico... etc., preguntar si sus relaciones afectivas y sexuales son o no satisfactorias.
- En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:
  - Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... etc., ¿es eso lo que le ha ocurrido?
  - ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
  - ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual...).
- En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:
  - Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?
  - ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿Tiene alguna dificultad con sus hijas o hijos? ¿Tiene algún conflicto con alguien de su familia? ¿Como se siente en el trabajo?

- Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿qué teme?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

## **Preguntas para valorar la situación y tipo de violencia**

- **Violencia física.**
  - ¿Su pareja le empuja o agarra?
  - ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?
- **Violencia sexual.**
  - ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
  - ¿Su pareja le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?
- **Violencia Psicológica.**
  - ¿Su pareja le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
  - ¿Su pareja amenaza con hacerle daño a usted, a sus hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
  - ¿Su pareja le insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
  - ¿Su pareja se pone celoso sin motivo?
  - ¿Su pareja le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
  - ¿Su pareja le culpa de todo lo que sucede?
  - ¿Su pareja le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?
  - ¿Su pareja le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
  - ¿Su pareja le amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?
  - ¿Su pareja ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

## 4. VALORACIONES

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

- **Biopsicosocial**

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

- **De la situación de violencia**

- Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.
- Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social. Explorar si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- Mecanismos de adaptación desarrollados por la mujer.
- Fase del proceso de violencia en la que se encuentra la mujer.

- **De la seguridad y evaluación del riesgo**

- Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente, con riesgo cierto para la vida de la mujer o para la de sus hijos o hijas.
- Indicadores de peligro extremo, esta valoración se hará conjuntamente con la mujer.
  - Amenazas con armas o uso de las mismas.
  - Amenazas o intentos de homicidio a ella y a sus hijos o hijas.
  - Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
  - Malos tratos a hijos o hijas, u otros miembros de la familia.

- Lesiones graves que requieran hospitalización.
- Amenazas o acoso, a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos o control obsesivo de las actividades diarias de la mujer: adónde va, con quién está, cuánto dinero tiene, etc.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del maltratador.
- Disminución o ausencia de remordimiento, expresado por el agresor.
- Tener en cuenta la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto hacia ella como hacia otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación se considera directamente como de peligro extremo.
- Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).
- Si se detecta una situación de peligro preguntar.
  - ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
  - ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?
  - ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

## 5. ACTUACIÓN

La confirmación de una sospecha de malos tratos hacia una mujer no pone fin a la actuación del profesional sanitario. Por el contrario, significa el proceso a partir del cual se debe desarrollar una importante labor de información, de atención y trabajo con la mujer en la consulta, así como de derivación cuando las características del caso lo requieran.

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

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

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

#### **I. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos:**

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta y seguimiento:
  - Atención integral/interdisciplinar.
  - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
  - Proponer visitas de seguimiento: establecer un clima de empatía con la mujer para acompañarla en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones.
  - Sugerir, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro de salud o en otros recursos de la zona).

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

- Registrar en la historia clínica.
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta y seguimiento:
  - Atención integral/interdisciplinar.
  - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
  - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.

- Establecer un programa de consultas de seguimiento para:
  - Planificar y favorecer la toma de decisiones y para iniciar cambios en la situación.
  - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
  - Prevenir nuevas situaciones de violencia.
- Ofrecer, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro de salud o en otros dispositivos de la zona).
- Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer):
  - A trabajadores sociales.
  - A los dispositivos adecuados a la situación en la que se encuentre la mujer.
- Emitir un parte de lesiones cuando proceda\*.
- Actuar con los hijos e hijas y con otras personas dependientes, si las hubiera.

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

- Verbalizar a la mujer la situación de grave peligro en la que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- Derivar a la mujer, con carácter urgente, a profesionales de trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales, para mujeres maltratadas.
- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Emitir el parte de lesiones y el informe médico. Entregar una copia de ambos a la mujer e informarle de sus implicaciones.

---

\* En aquellos casos en los que la mujer se niegue a denunciar, y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos o psíquicos (cuando no exista constatación clara del origen de las lesiones, como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá, en base a los indicios que se puedan aportar o ampliar, cual es la situación procesal adecuada.

- Obtener información sobre la situación familiar, las personas dependientes a su cargo y los recursos con los que cuenta la mujer en ese momento.
- Llamar al 112 (emergencias) o los servicios específicos de su comunidad autónoma.

La atención primaria de Salud es el espacio idóneo para impulsar medidas de prevención, detección y tratamiento del maltrato. Los equipos de atención primaria van a requerir la coordinación con otras instituciones implicadas, para poder dar una respuesta más integral e integrada a este tipo de situaciones.

## 6. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

Las pautas de actuación ante agresiones sexuales tienen determinadas particularidades, que justifican ser descritas en un apartado independiente.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general, las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja. Cuando la violencia sexual es ejercida por la pareja, suele permanecer oculta y resulta difícil detectarla.

El personal sanitario de atención primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual, salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En el caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

Es necesario propiciar un trato comprensivo hacia la mujer, facilitando un ambiente que propicie la comunicación, la confidencialidad, así como la mayor intimidad posible. Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza. No

deben realizarse preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.

Es preciso informar a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo y recabando su consentimiento cuando sea necesario.

En esta cuestión resulta evidente que deben reducirse al mínimo los impactos psíquicos que la mujer tenga que vivir tras la agresión. Por eso no sólo está justificado sino que es recomendable, que la evaluación ginecológica y forense se realice en un solo acto, con independencia de otras actuaciones sanitarias y periciales, procurando que no se precisen nuevos reconocimientos. Al no existir impedimento legal ni ético, -más bien al contrario- para que los reconocimientos en casos de agresiones sexuales se realicen de manera simultánea y coordinada, es necesaria la comunicación inmediata a través del teléfono con el Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico o médica forense o encomendará al de guardia la recogida de muestras de interés legal\*.

A continuación, se reflejan las actuaciones generales de cada profesional en estos casos:

## **Actuaciones desde la medicina clínica**

- Realizar la anamnesis y el examen clínico.
- Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del Juzgado de Guardia y colaborar en su trabajo.
- Tomar muestras del aparato genital para descartar infecciones de transmisión sexual.
- Realizar una analítica sanguínea.

---

\*Para proceder penalmente en los delitos de agresiones sexuales, será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal, o la interposición de una querrela por parte del Ministerio Fiscal. Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal. Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que se pueda incoar el oportuno procedimiento judicial, en el que disponer las medidas de investigación y aseguramiento necesarias, por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.



- Tratar de manera inmediata las posibles lesiones físicas.
- Tratar las infecciones de transmisión sexual.
- Realizar profilaxis de embarazo.
- Emitir el parte de lesiones del protocolo de malos tratos.

## **Actuaciones desde la medicina forense**

- Tomar muestras de interés legal\*\*.
- Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones).
- Realizar el informe médico forense para el Juzgado.

## **Actuaciones desde los Servicios de Urgencias**

### **1. Registro en la historia clínica**

- La historia clínica es una prueba muy importante en el proceso judicial.
- Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual, ...) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación...).
- Registrar antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas...
- Antecedentes de violencia, si los hubiera.
- Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual...

---

\*\* El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en varias provincias y comunidades autónomas un "kit" de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas...). Además de este instrumental, contiene también una serie de elementos que contribuyen a mejorar el entorno en el que se ha de practicar el reconocimiento, dotándolo de una intimidad y dignidad que en estos casos es muy necesaria para tratar de reducir el riesgo de victimización secundaria.

## 2. Exploración

Es importante realizar la exploración ginecológica y la médico-forense en el mismo acto para causar a la mujer el menor daño secundario posible.

### 2.1. Examen de la superficie corporal

Detallar la localización e importancia de las lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones...), consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas, es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer.

### 2.2. Muestras de interés legal

Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos existentes en la superficie corporal, mediante hisopo estéril, ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en un tubo para sellarlo, rotularlo y mantenerlo refrigerado (4-8° C).

### 2.3. Exploración ginecológica

- Realizar un exhaustivo reconocimiento vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales, en mujeres que no han tenido previamente relaciones sexuales, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros del himen, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
- Efectuar un tacto bimanual: determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor en anexos. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

### 2.4. Muestras de interés legal

- Recoger tomas vaginales (anales o bucales) con hisopos secos y estériles, para la investigación del esperma. Se guardarán en sus fundas, sin introducirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerados (4-8° C) y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.

- Realizar un lavado vaginal (o anal o bucal), con 10 cc de suero fisiológico estéril, para recoger los posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado, que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8° C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.
- Recoger las prendas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa independiente y rotulada.
- Obtener muestras de las correspondientes cavidades, en los casos de agresión anal u oral, con hisopos humedecidos en suero fisiológico. Colocar en un tubo los hisopos, sellarlos y rotularlos.
- Recortar y recoger los restos de limpieza de uñas para buscar restos de piel del agresor.
- Realizar un peinado púbico de la mujer agredida, con la finalidad de encontrar vello del agresor.

La rotulación de las muestras se hará con el nombre de la paciente, la fecha y la firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre, con el nombre de la mujer y dirigido al Servicio de Medicina Forense del Juzgado de Guardia.

Cuando las tomas oportunas no hayan sido realizadas por la médica o el médico forense, hay que asegurar la cadena de custodia, para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico. Tanto quien sea responsable de la toma, como del transporte de la muestra, hasta el Servicio de Medicina Forense del Juzgado de Guardia, debe plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, y dejar constancia de la persona receptora de la entrega en las dependencias médico forenses.

### 3. Analítica

- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente.
- Prueba de tóxicos.

- Prueba de embarazo.
- Despistaje de Infecciones de transmisión sexual:
  - Gonorrea y Clamidas: inicial y a los 7 días.
  - Sífilis: inicial y a las seis semanas.
  - VIH: inicial, a las seis semanas y a los 3 y 6 meses.
  - Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.
- Frotis citológico, útil asimismo para monillas y tricomonas.

## 4. Atención y seguimiento

### 4.1. Tratamiento de las lesiones físicas y de las secuelas psicológicas

- Traumatismos físicos: tratar los traumatismos, las heridas y prevenir la infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.
- Traumatismos psicológicos: cuando sea preciso, se derivará a la mujer, mediante un parte con carácter preferente, a una consulta de Psiquiatría. La o el psiquiatra es responsable de derivar a profesionales de la psicología, aquellos casos que considere oportunos. En general, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda psicoterapéutica.

### 4.2. Prevención de infecciones de transmisión sexual

- Debe realizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.
- La necesidad de profilaxis contra el VIH: el riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH +, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis, siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis post exposición no ocupacional.
- La necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B se valorará individualmente.

### 4.3. Profilaxis del embarazo

- En el caso de que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo, no será necesaria la profilaxis.
- Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72 h desde la agresión.
- Si han transcurrido entre 72 h y menos de 5 días de la agresión, el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.
- Confirmar la próxima menstruación o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas. Informar a la mujer que, en el caso de embarazo, puede optar a la interrupción del mismo, según los supuestos legales.

## 5. Información y derivación

### 5.1. Informar a la mujer

- La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.
- Analizar con la mujer las repercusiones del maltrato para su salud física y emocional, así como las consecuencias de una denuncia.
- Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y que si desea puede solicitar una orden de protección.
- Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales existentes (preferiblemente por escrito), para la atención a las mujeres que sufren violencia, según estén organizados en su comunidad autónoma o provincia.

### 5.2. Derivación

Es importante la derivación y coordinación con atención primaria y trabajo social, asegurando con los recursos sociales y sanitarios la atención integral de la mujer (física, psicológica, social y jurídica).

## **6. Recomendaciones**

- No mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.
- Realizar un seguimiento de atención integral a su salud durante todo el proceso.

## **7. Notificación al juzgado**

Emitir el parte de lesiones del protocolo de malos tratos y el informe médico al Juzgado de Guardia y/o de Violencia.

# REGISTRO

---

## Historia clínica

Las intervenciones y actuaciones (anamnesis, exploraciones, derivaciones. . .) que se realicen, independientemente de que la mujer reconozca o no el maltrato, deben de quedar minuciosamente reflejadas y descritas, con el mayor detalle posible, en la historia clínica. No debemos olvidar que la historia clínica es una prueba importante en el proceso judicial.

## Parte de lesiones

El parte de lesiones corresponde a un protocolo especial que establece la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Sus funciones son:

- Denunciar a la administración de justicia, mediante la remisión del parte de lesiones, la constatación o sospecha de maltrato (ver apartado de aspectos éticos y legales).
- Informar anualmente a las distintas administraciones, tanto estatales como autonómicas, de la situación y características del maltrato en el ámbito sanitario.
- Reflejar en la historia clínica de la paciente el proceso al que está sometida.
- Facilitar una copia a la mujer maltratada, si su seguridad no lo impide.
- Incorporar la información al registro de casos de violencia contra la mujer de La Rioja.
- Facilitar la coordinación y el trabajo interdisciplinar en cada uno de los casos.

El parte de lesiones contempla los contenidos mínimos establecidos para todas las comunidades autónomas. Debe **garantizar la calidad y veracidad de la información** y debe realizarse cumpliendo unos requisitos previos:

- Separar a la paciente de su acompañante o presunto agresor, durante el proceso.
- No dejar sola a la mujer en ningún momento de la intervención.

- Proporcionar a la mujer un ambiente seguro.
- Garantizar la confidencialidad.
- Practicar la escucha activa y la empatía con la paciente (ponerse en su lugar).
- No emitir juicios, críticas, ni manifestar actitudes que puedan victimizar a la mujer; se trata simplemente de escucharla activamente y mirándole a los ojos.
- No destruir las pruebas que puedan ser útiles para el informe médico forense ni las pruebas policiales. No lavar a la mujer agredida, ni administrarle sedantes, ni darle agua en los casos de agresiones sexuales con penetración oral o pérdida de conciencia hasta que se hayan tomado las muestras oportunas.<sup>15</sup>

El parte de lesiones se cumplimentará en soporte informático (Anexo I), para disponer de la mayor información posible, para facilitar su lectura, para aportar claridad a los hechos y para facilitar la posterior tramitación a otros órganos y/o administraciones. Es importante recordar que el parte de lesiones se utiliza en la evaluación pericial de la medicina forense y, en consecuencia, también en la valoración por parte de la judicatura<sup>16</sup>. Una vez cumplimentado en su totalidad, y después de que se le haya leído a la mujer, se entregará un ejemplar a:

- La persona interesada, siempre que no comprometa su seguridad, en cuyo caso puede guardarlo algún familiar o una persona de confianza que indique la mujer.
- Al juzgado por correo. Si hay urgencia en la notificación, se enviará por fax.
- Se archivará en la historia clínica informatizada, cumpliendo los requisitos de confidencialidad de la mujer y con acceso restringido al personal sanitario autorizado.

Quando se sospeche que de la emisión del parte de lesiones, puede derivar un grave riesgo para la salud o para la vida de la mujer, el o la profesional puede plantearse una demora en su remisión al juzgado, hasta que la mujer haya planificado un proyecto que le permita superar esa situación de violencia, con las debidas garantías para su integridad. (Ver apartado dilema ético).



# RECURSOS EN SITUACIÓN DE MALOS TRATOS

---

La coordinación y colaboración intersectorial es imprescindible en la atención a las mujeres que sufren maltrato. En el sistema público de salud, las y los trabajadores sociales representan una figura clave en el proceso de atención social, seguimiento y derivación de los casos que requieran otros dispositivos y/o recursos (sociales, jurídicos y policiales...). Las y los profesionales de la salud que atienden casos en situación de emergencia, disponen de un listado informatizado de recursos (anexo II) que se emite junto al parte de lesiones (anexo I) y al plan de seguridad (anexo III).

## **Plan de Seguridad**

Tiene como objetivo preparar a la mujer para la salida del domicilio en caso de extremo peligro.

El plan de seguridad se le dará a la mujer en la situación más adecuada y, si es posible, cuando esté acompañada de una persona de su confianza. Es importante que reciba y asuma la información que se le proporciona para protegerse de posibles agresiones.

Al estar informatizado, el plan de seguridad es de emisión automática, junto al parte de lesiones de malos tratos y al listado de recursos de la comunidad. De esta forma, toda mujer que acuda a los servicios sanitarios por maltrato manifiesto recibirá el apoyo y la información del plan de seguridad (anexo III).

## EVALUACIÓN

---

Anualmente se elabora un informe de situación a:

- La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial de Salud, con indicadores de evaluación aprobados para las comunidades autónomas.
- Al Observatorio de Violencia de Género de La Rioja.

Las fuentes de información serán la historia clínica y los partes de lesiones de atención primaria, atención especializada y los servicios de urgencias del servicio riojano de salud.

Cuando se realice el cálculo de indicadores de maltrato, en el denominador estará incluida la población de mujeres  $\geq 14$  años, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

# DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

---

La atención a víctimas de violencia contra la mujer plantea al profesional de la salud, en numerosas ocasiones, conflictos morales que derivan de la colisión de sus obligaciones legales con los principios éticos que deben regir sus actuaciones.

Estos dilemas tienen su origen en que todo acto de violencia provoca generalmente alteraciones en la salud, que se acompañan de una serie de implicaciones jurídicas, lo que obliga en la práctica asistencial, por una parte, a proporcionar el adecuado tratamiento ante las lesiones diagnosticadas y por otra, a notificar a la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

## Cuestiones de interés ético y legal en violencia de género

### 1. La norma legal

Al profesional sanitario, le afecta la obligación legal de dar cuenta a la autoridad de la existencia de un hecho delictivo, según dispone el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal<sup>17</sup>: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficio, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción...”*. En el caso de que el hecho criminal consista en lesiones, queda obligado el médico o la médica que asista al herido a emitir un parte sobre su estado. Esta obligación se hace explícita en el artículo 355: *“Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren a herido estarán obligados a dar parte de su estado...”*<sup>18</sup>

Por otra parte, el Código de Deontología Médica en su artículo 30.2 compromete a quien asiste a una mujer agredida a promover su protección mediante la comunicación de los malos tratos a la autoridad competente: *“El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitada, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”*.

## 2. El dilema ético

El principal y más frecuente dilema ético que se plantea en la práctica asistencial se centra en si se debe o no emitir el parte al Juzgado de Guardia, según la voluntad de la víctima. En la práctica, el o la profesional de la medicina puede encontrarse ante una mujer que aún no esté preparada psicosocialmente para iniciar un proceso judicial, que acude en demanda de atención sanitaria y que, en base al principio de autonomía, decide que la información proporcionada no sea empleada en un procedimiento penal, solicitando el respeto a la confidencialidad sobre los hechos relacionados con la violencia sufrida. Esta decisión de la víctima colisiona con la obligación del profesional, contemplada en los referidos artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, de revelar los hechos a través de un parte de lesiones conocidas, quedando con ello comprometidos algunos de los principios éticos que deben regir su relación con la paciente: confidencialidad, fidelidad -por cuanto no respeta su libre decisión- y, por supuesto, el consentimiento informado, ya que la víctima puede no sólo no estar conforme sino oponerse expresamente a la revelación de los hechos mediante el parte.

Ante ello, la o el profesional sanitario no puede sino cumplir con los preceptos normativos, dando a ellos prioridad sobre el derecho de la mujer al respeto a su autonomía y a la confidencialidad de los datos aportados. Existe también, desde una perspectiva bioética, una obligación que sitúa al profesional, en aplicación del principio de beneficencia, en disposición de promover la extracción de la víctima del entorno de violencia, mediante el inicio del proceso judicial que tiene lugar tras la emisión del parte. A este respecto, debe resultar suficiente recordar la obligación moral, reflejada en el Código de Ética y Deontología, que insta al profesional de la medicina a: *“proteger a la víctima y a poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente”*<sup>19</sup>.

No obstante, existen situaciones en las que esta obligación ética y legal debe ser contrapuesta, no ya al principio de autonomía, sino al de no maleficencia, y es en aquellos casos, cada vez menos numerosos en base a los grandes avances en medidas de protección, en los que puede plantearse que la integridad y la seguridad de la víctima puedan resultar severamente comprometidas tras la

emisión del parte de lesiones. Tan sólo en estos supuestos, y en base al principio del "*primum non nocere*", cuando se sospeche que de la emisión del parte puede derivar un grave riesgo para la salud o para la vida de la víctima, el profesional puede plantearse, no el omitir la redacción del documento, sino una demora en su remisión al Juzgado hasta que la mujer haya planificado un proyecto que le permita superar esa situación de violencia con las debidas garantías para su integridad.

### **3. Agresiones sexuales. Aspectos particulares**

En esta forma particular de violencia sobre la mujer surgen diversas cuestiones éticas relacionadas con la actuación profesional sanitaria:

#### **Cuestiones relacionadas con el principio de no maleficencia**

El protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, editado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Política Social, pretende, bajo el principio de no maleficencia, la reducción del número de reconocimientos a los que se someterá la mujer agredida, al objeto de minimizar el posible daño secundario que puede derivarse del paso sucesivo por los sistemas sanitario y judicial, proponiendo que las exploraciones se realicen en un solo acto, en el que se respetará, no obstante, la independencia de actuaciones de los dos ámbitos: "En esta cuestión, resulta evidente que deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que va a sufrir la mujer tras la agresión. Por eso no sólo está justificado, sino que es recomendable, que la evaluación ginecológica y la médico forense se realicen en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos".

#### **Cuestiones relacionadas con el principio de autonomía**

Por una parte, son los mismos preceptos normativos contemplados en el capítulo anterior -Ley de Enjuiciamiento Criminal y Código de Ética y Deontología- los que comprometen al profesional sanitario a emitir el parte de asistencia al Juzgado

de Guardia, toda vez que la prestación de la atención sanitaria derive de un hecho criminal, del que existe la obligación de ser comunicado a la autoridad competente. Esta obligación es contemplada en el protocolo del ministerio de sanidad y política social, que especifica: "aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial, en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias, por sí el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal"<sup>20</sup>.

También el Código Penal hace referencia a este tipo de delitos, especificando en su artículo 191.1 que: *"Para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia. Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal"*<sup>21</sup>.

Parece obvio que la norma pretende, en este ámbito de los delitos considerados semipúblicos, respetar la determinación de la víctima y así, si en el uso de su libre albedrío y con su capacidad de comprensión conservada eligiese voluntariamente no ser reconocida por un perito, deberá desistirse de realizar esa exploración, entendiéndose desde un punto de vista ético que de ningún modo puede practicarse el reconocimiento pericial y/o la toma de muestras biológicas contra la voluntad de la persona agredida.

Diferente es el caso en personas tuteladas y así, el Código de Ética y Deontología<sup>22</sup>, en su artículo 10.6 especifica en cuanto a las relaciones del médico con sus pacientes que: *"La opinión del menor será tomada en consideración, como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez"*. En la práctica asistencial, con relativa frecuencia se valoran casos en los que existe sospecha de una agresión sexual en una víctima menor de edad que, sin embargo, se opone a ser sometida a ningún tipo de reconocimiento que vulnere su integridad y su libertad sexual. En estos casos, la disyuntiva que se plantea reside en atender al criterio de la posible víctima, frente a la pérdida de

una hipotética prueba biológica, considerándose en base a las repercusiones legales de esta cuestión que el respeto a la opinión de la menor, expresado en el Código de Ética, debe ser supervisado por el fiscal competente, en la posible interposición de la denuncia.

### **Cuestiones relacionadas con el deber de confidencialidad**

Resulta obvio el deber del profesional, y de las instituciones en las que desarrolla su actividad, de proporcionar un ambiente que facilite la mayor intimidad posible, con el objetivo prioritario de evitar una nueva victimización, además de permitir que la mujer, en un entorno adecuado, pueda proporcionar cuantos datos resulten de interés para la investigación clínica y médico-legal.

### **Cuestiones relacionadas con el consentimiento informado**

La idoneidad de la fotografía, como método descriptivo de la importancia y trascendencia de las lesiones, resulta evidente. Por ello, siempre que sea posible, y con el debido consentimiento de la mujer, tras ser informada respecto de la finalidad de la toma de imágenes y de su posible incorporación a las diligencias judiciales, a través del parte de lesiones o del informe médico-forense, deberá procederse a fijar el daño físico de la víctima, mediante técnicas fotográficas.

Por último, en estos delitos, la evaluación toxicológica puede revestir importancia como agravante de los hechos si se demuestra que se encontraba privada de sentido en el momento de la agresión. Este objeto de la evaluación deberá ser transmitido de un modo adecuado a la persona explorada, al demandarle las oportunas muestras para determinación de alcohol o de sustancias tóxicas en su organismo.

## **Conclusión**

A modo de conclusión puede establecerse que la observación cuidadosa de los principios bioéticos en la actuación sanitaria sobre víctimas de malos tratos, y su adecuada contextualización en la normativa legal vigente, pueden servir al profesional de la medicina, sobre quien recae la doble responsabilidad de promover la restitución de la salud y del aseguramiento de la prueba, para alcanzar la excelencia en su desarrollo profesional en esta delicada materia.



# ACTUACIÓN CON EL MALTRATADOR

---

## **Atención Sanitaria**

En principio, las actuaciones sanitarias con el maltratador serán las derivadas de su estado de salud. Si solicitara ayuda o la solicitara su pareja o expareja, se le facilitará la información y/o derivación al programa de tratamiento cognitivo conductual para hombres, que desde el año 1999 está instaurado en nuestra comunidad.

## **Atención psicológica**

El programa de atención psicológica a hombres con problemas de control y violencia en el hogar<sup>23</sup> está destinado a los implicados en relaciones de maltrato, que aceptan voluntariamente su inclusión en un programa de tratamiento estructurado. La finalidad que persigue el programa es enseñarle a vivir su vida de pareja de forma diferente, a través de terapia individual.

# PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DESDE EL SISTEMA SANITARIO

---

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

## En el ámbito profesional

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

## En la atención sanitaria

- Recordar siempre que la salud de la mujer debe ser atendida de forma integral.
- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles, que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- Incluir en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

## En el ámbito comunitario

- Colaborar con asociaciones comunitarias y centros educativos en actividades de sensibilización y prevención de este tipo de violencia.
- Colaborar y participar junto a otras instituciones y organizaciones sociales en acciones, campañas, jornadas y actividades comunitarias.

# ANEXO I. PARTE DE LESIONES DEL PROTOCOLO DE MALOS TRATOS

■ Ambito: (texto)		ÁMBITO: (TEXTO) ▼	
■ Nacionalidad del usuario-a: (texto)	⊙	NACIONALIDAD DEL USUARIO ▼	
Otras nacionalidades: (texto)		Listado de países	
<b>→ MOTIVO DE ASISTENCIA ACTUAL</b>			
■ Causante de las Lesiones: (texto)	⊙		
■ Edad del-la causante de las lesiones: (texto)	⊙		
■ Nacionalidad del agresor-ra: (texto)	⊙	NACIONALIDAD DEL AGRESOR ▼	
Otras nacionalidades: (texto)		Listado de países	
■ Parentesco-relación con el-la causante: (texto)	⊙	PARENTESCO ▼	
Otro parentesco-relación: (texto)		Pareja Padre/madre Hijo/a Expareja Otro	CS Cameros Nuevos CS Cascajos CS de Alberite CS de Alfaró CS de Arnedo CS de Calahorra CS de Haro CS de Nájera CS de Navarrete CS Espartero CS Gonzalo de Berceo CS Joaquín Elizalde CS Labradores CS Santo Domingo de la Calzada CS Rodríguez Paterna CS San Román CS Siete Infantes Hospitalización Consultas Urgencias

<input type="checkbox"/> Tipo de Maltrato: (texto)	<input type="text"/>	<b>TIPO DE MALTRATO</b>	Físico Psíquico Sexual Económico Social Ambiental Otro
Otro tipo de maltrato: (texto)	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Duración del maltrato: (texto)	<input type="text"/>	<b>DURACIÓN DEL MALTRATO</b>	No existen agresiones anteriores Hasta una semana De una semana a un mes De un mes a un año De un año a cinco años Más de cinco años
Testigos: (texto)	<input type="text"/>		

Descripción de testigos: (texto)	<input type="text"/>	<b>TESTIGOS</b>	No Si
<input type="checkbox"/> Lugar de la agresión: (texto)	<input type="text"/>	<b>LUGAR DE LA AGRESIÓN</b>	
Otros lugares de la agresión: (texto)	<input type="text"/>	Domicilio habitual Otro domicilio Vía pública Establecimiento público Otros	
Fecha de la agresión: (texto)	<input type="text"/>		
Hora de la agresión: (texto)	<input type="text"/>		
Exposición de los hechos que motivan la asistencia: (entrecomillar mismas palabras de la víctima) (texto)	<input type="text"/>		

→ ANTECEDENTES DE INTERÉS	
Antecedentes de Malos Tratos: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>ANTECEDENTES DE MALOS TRATOS</b> ▼         </div>
Parentesco-relación: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Si            No         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Expareja            Otro         </div>
Otro parentesco-relación: (texto)	<input type="text"/>
Denuncia: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>DENUNCIA</b> ▼         </div>
Número de denuncias previas: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Si            No         </div>
Agresión a terceras personas: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>AGRESIÓN A TERCERAS PERSONAS</b> ▼         </div>
Descripción de Terceras Personas: (texto)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Si            No         </div>
Antecedentes Personales: (Enfermedades e intervenciones previas) (texto)	<input type="text"/>
Tratamiento Actual: (texto)	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Hábitos Tóxicos: (texto)	<input type="radio"/>	<b>HÁBITOS TÓXICOS</b>
Descripción de Hábitos Tóxicos: (texto)	<input type="radio"/>	Si No Otros
Otros Hábitos Tóxicos: (texto)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Embarazo actual: (texto)	<input type="radio"/>	<b>EMBARAZO ACTUAL</b>
<input type="checkbox"/> Discapacidad actual: (texto)	<input type="radio"/>	<b>DISCAPACIDAD ACTUAL</b>
Tipo de discapacidad: (texto)	<input type="radio"/>	Si No
<input type="checkbox"/> Situación Laboral: (texto)	<input type="radio"/>	<b>SITUACIÓN LABORAL</b>
Otras situaciones Laborales: (texto)	<input type="radio"/>	Trabajo remunerado Desempleo Jubilada ILT Incapacidad Total Estudiante Labores del hogar Otros
<b>ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:</b> (Actitud ante exploración y existencia de alteraciones psicopatológicas) (texto)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA:</b> (Descripción de las lesiones sin olvidar la fecha aproximada) (texto)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<b>EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:</b> (Si las hubiera) (texto)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<b>DIAGNÓSTICO:</b> (texto)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

→ TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/> Información sobre proceso, recursos y teléfonos de emergencia: (texto)	<input checked="" type="radio"/> INFORMACIÓN SOBRE PROCESO <input type="text" value="Si"/>
Tratamiento aplicado: (Medicación, suturas u otros tratamientos quirúrgicos, ttos. ortopédicos...) (texto)	<input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> procede Ingreso Hospitalario (texto)	<input checked="" type="radio"/> PROCEDE INGRESO HOSPITALARIO <input type="text" value="No"/> <input type="text" value="Si"/>
<input type="checkbox"/> Hospital de ingreso: (texto)	<input type="text"/>
→ PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES	
<input type="checkbox"/> Realización de Valoración de Riesgo: (texto)	<input checked="" type="radio"/> REALIZACIÓN DE VALORACIÓN DE RIESGO <input type="text" value="Si"/>
<input type="checkbox"/> Apoyo de recursos sociosanitarios: (texto)	<input checked="" type="radio"/> APOYO DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS <input type="text" value="No"/> <input type="text" value="Si"/>
<input type="checkbox"/> Elaboración de Plan de Seguridad (En caso de peligro para la Integridad Física) (texto)	<input checked="" type="radio"/> ELABORACIÓN DE PLAN DE SEGURIDAD <input type="text" value="No"/> <input type="text" value="Si"/>
Actuación y Observaciones: (texto)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Derivación del usuario: (texto)	<input checked="" type="radio"/> INFORMACIÓN SOBRE PROCESO <input type="text" value="A. Primaria (incluye T.Social y USM)"/> <input type="text" value="Atención Especializada"/> <input type="text" value="Servicios Sociales"/> <input type="text" value="Otras"/>
Descripción de la derivación: (texto)	<input checked="" type="radio"/>
Otras derivaciones: (texto)	<input type="text"/>
<input type="button" value="▶▶ Recalcular"/> <input type="button" value="▶▶ Seleccionar Anteriores"/> <input type="button" value="▶▶ Aceptar + Imprimir"/> <input type="button" value="▶▶ Aceptar + Informe"/> <input type="button" value="▶▶ Aceptar"/>	

## ANEXO II. RECURSOS

---

Teléfono único de emergencias.....	<b>112</b>
(Primer dispositivo que debe activarse ante una emergencia, activa el resto de dispositivos).	
Policía Nacional.....	<b>091</b>
Policía Local.....	<b>092</b>
Guardia Civil.....	<b>062</b>
Urgencias Sanitarias.....	<b>061</b>

### Otros teléfonos de apoyo e información a la mujer

Teléfono de Atención a la Mujer Maltratada.....**016** (derivan al 112)

Ministerio de Igualdad (con atención las 24 horas y los 365 días del año)

ERIE-Psicológica.....**112**

Teléfono de urgencias sociales.....**900 101 515**

Información a la mujer.....**900 711 010**

Con contestador automático las 24 horas y atención personalizada de 12 a 19 horas. El teléfono es atendido por profesionales y en diferentes idiomas (español, pakistaní, árabe y rumano).

**Centro Asesor de la Mujer**

C/ Vara de Rey, 42

Teléfono: **941 271 317**



## **Oficinas de Atención a la Víctima del Delito**

Consejería de Administraciones Públicas y Política Local del Gobierno de La Rioja:

### **Logroño**

C/ Avd. de Portugal 3, entreplanta derecha

Teléfono: **941 214 734**

Fax: 941 287 117

### **Calahorra**

C/ Avd. Numancia 26

Teléfono: **941 145 646**

Fax: 941 145 347

### **Haro**

C/ Edificio Cid Paternina

Sede de Juzgados.

Teléfono: **941 305 625**

Fax: 941 305 628

## **Red vecinal contra la Violencia Doméstica**

Teléfonos: **941 244 902 / 636 759 083**

## ANEXO III. PLAN DE SEGURIDAD

---

Este plan se le proporciona a la mujer que está en situación de alto riesgo y decide volver a casa. Su objetivo es preparar a la mujer para la salida del domicilio en caso de peligro extremo.

Número de teléfono de **emergencias 112**

### Documentación

La mujer debe tener la documentación preparada o localizada, dejando una fotocopia a algún familiar o persona de confianza.

### Documentos importantes

- Documentos personales y de sus hijos o hijas: Libro de Familia, certificados de nacimiento, pasaportes, tarjetas sanitarias, permisos de conducir, permiso de residencia, titulaciones escolares.
- Documentos de la casa: escrituras, recibos de alquiler, seguros, hipoteca.
- Informes médicos, partes de lesiones y medicamentos que esté tomando.
- Denuncias previas, auto de medidas previas, orden de protección.
- Cartilla de ahorro, tarjetas de crédito, dinero en metálico.
- Otros documentos: Agenda de teléfonos de amistades o familiares y direcciones, documentación del coche.

## **Tener preparado**

- Un bolso con ropa y efectos personales tanto de ella como de sus hijos e hijas.
- Copia de las llaves de casa y del coche.
- Una cuenta en un banco que sólo conozca ella, e ir ingresando dinero.

## **Si ha decidido dejar el hogar debe seguir unas recomendaciones:**

- No hablar con la pareja de los planes, no dar ningún indicio de la intención de huida.
- Elegir un momento en el que la situación esté tranquila.
- Salir cuando él no esté en casa.
- Conocer previamente los lugares donde puede acudir y no difundir la dirección donde se va a alojar.
- Evitar los lugares donde se puede encontrar con el agresor.

## **Escenario de protección**

- Conocer el 112.
- Concertar señales con vecinos y familiares.
- Enseñar a sus hijas e hijos a conseguir ayuda y a protegerse.
- No aceptar ningún tipo de comunicación con el agresor.
- Si se percibe próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, protegerse con los brazos la cabeza y la cara.
- Procurar no estar sola, tanto en su domicilio como fuera de él.



# BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre de 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. Disponible en: [www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf](http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf).

<sup>2</sup> Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. Disponible en: [www.onu.org/documentos/confmujer.htm](http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm).

<sup>3</sup> Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC:OPS, 2002.

<sup>4</sup> Boletín Oficial del estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

<sup>5</sup> Resolución de 15 de octubre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de La Rioja para la realización de actividades sobre la violencia de género. BOE (4 de noviembre de 2008).

<sup>6</sup> Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Presidencia, de 26 de marzo de 2009, por la que se dispone la publicación del resumen del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de La Rioja para la realización de actividades sobre la violencia de género. BOR (20 de abril de 2009).

<sup>7</sup> Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Parlamento Europeo. 2005.

<sup>8</sup> Informe mundial de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (2005).

<sup>9</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre de 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. Disponible en: [www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf](http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf).

<sup>10</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Día Internacional de la Violencia Doméstica. Disponible en: [www.msc.es/ciudadanos/violencia/violenciaGenero/dialInternacional.htm](http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/violenciaGenero/dialInternacional.htm).

<sup>11</sup> Bonino Méndez, S. Las microviolencias y sus efectos. Claves para su detección. Rev Arg Psic Clin, 8, 1999.

<sup>12</sup> Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazota Castaño J, Brun López-Abisab, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, González Barranco JM, Garraón Ruiz LM, Amalte Barrera M, Lahoz Rallo B, Acemel Hidaigo MD, Carmona Molina MP. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria 2004; 34 (3):117-27.

<sup>13</sup> Guía de Apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid. Disponible en: [www.madrid.org](http://www.madrid.org).

<sup>14</sup> Informe "Detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario español". Amnistía Internacional. Madrid 24 de noviembre de 2006.

<sup>15</sup> Protocolo de enfermería para la atención a las víctimas de Violencia de Género. Consejo General de Enfermería. Proporcionado por el Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.

<sup>16</sup> Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid 2007:56

<sup>17</sup> Ley de Enjuiciamiento Criminal (RD de 14 de septiembre de 1882). Libro II. Del Sumario. Título I. De la denuncia.

<sup>18</sup> Ley de Enjuiciamiento Criminal (RD de 14 de septiembre de 1882). Libro II. Del Sumario. Título V. de la comprobación del delito y averiguación del delincuente.

<sup>19</sup> Código de ética y Deontología Médica; 1999. Capítulo VI. Reproducción, respeto a la vida y a la dignidad de la persona.

<sup>20</sup> Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo: 2007; 44.

<sup>21</sup> Código penal. 1.995. Título VIII. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Capítulo VI. Disposiciones comunes a los capítulos anteriores.

<sup>22</sup> Código de Ética y Deontología Médica, 1999. Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes.

<sup>23</sup> Programa de tratamiento para hombres. Disponible en: [www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=446952](http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=446952).

<sup>24</sup> Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gac Sanit. 2007; 21(4):280-1.

## Páginas Webs en relación al género y la violencia

- Observatorio de Salud de la Mujer. Disponible en: [www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm).

El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), es un organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social. Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Desde el apartado violencia de género, se accede a los informes anuales de violencia, elaborados por la Comisión contra la Violencia de Género y de los grupos de trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

- Delegación de Gobierno para la violencia de género. Disponible en: [www.migualdad.es/violencia-mujer/Index\\_Delegacion.htm](http://www.migualdad.es/violencia-mujer/Index_Delegacion.htm).

Le corresponde a la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género proponer la política del gobierno contra la violencia sobre las mujeres y coordinar e impulsar todas las medidas llevadas a cabo en esta materia. Se puede encontrar la normativa, legislación y las estadísticas e informes anuales.

- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Disponible en: [www.separadasydivorciadas.org](http://www.separadasydivorciadas.org).

Los orígenes de la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas se remontan al año 1973, año en que se constituye en Madrid la Asociación de Mujeres Separadas Legalmente. Los fines estatutarios respondieron desde su inicio a la defensa de los valores y principios de igualdad de las mujeres, al reconocimiento de sus derechos para terminar con la discriminación y alcanzar en la sociedad el lugar que como ser humano corresponde a la mujer. Sin embargo desde el comienzo y aún en la actualidad parte en su mayoría de una situación desigual a la hora de afrontar la ruptura familiar. Entre sus contenidos se encuentra una estadística nominal y descriptiva de los casos de muerte por violencia en el ámbito nacional.

- Instituto de la Mujer. Disponible en [migualdad.es/mujer](http://migualdad.es/mujer).

Su finalidad es, por un lado, promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y, por otro, la participación de la mujer en la vida política, cultural, económica y social. Por tanto, es el organismo del Gobierno central que promueve las políticas de igualdad entre mujeres y hombres.

- Centro Reina Sofía (Fundación de la Comunidad Valenciana para el estudio de la Violencia). Disponible en: [www.gva.es/violencia](http://www.gva.es/violencia).

El Centro Reina Sofía, denominación de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia, es una institución que se dedica al análisis de la agresión en sus distintas formas. Para ello, realiza y fomenta proyectos de investigación, organiza encuentros científicos, edita libros y estudios, recopila documentos y publicaciones y analiza estadísticamente el fenómeno de la violencia.

- Gobierno de La Rioja. Mujer. Disponible en: [www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=24850](http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=24850).

La página web del Gobierno de La Rioja dispone de un área temática de Mujer con contenidos en: educación e investigación, información y consulta, conciliación y atención social, empleo y formación, salud, violencia de género, empresa, acciones positivas e igualdad, mujer en cifras, participación e iniciativa social, novedades y centro de documentación de la mujer. Dispone de enlaces con los principales órganos e instituciones nacionales y de comunidades autónomas y que trabajan en relación a la mujer.









Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



[www.riojasalud.es](http://www.riojasalud.es)