

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD



ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LAS AGRESIONES SEXUALES EN EUSKADI

**GUÍA DE ACTUACIÓN
PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**



**ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
Y LAS AGRESIONES SEXUALES
EN EUSKADI**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2019

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:

<http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Edición:

1.a, abril 2019

Tirada:

XXXXXXX ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet:

www.euskadi.eus

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño:

Begoña Paino Ortuzar

Dirección, coordinación y elaboración:

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Impresión:

XXXXXXXXXXXXX

Depósito Legal:

XXXXXXXXXXXXX



CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

AUTORÍA

Ana Bustinduy Bascaran. Osakidetza. OSI Alto Deba. Coordinación Asistencial Área Médica.

María Sol Díaz González. Osakidetza. Unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. OSI Bilbao Basurto.

María José Goñi Agudo. Osakidetza. OSI Donostialdea. Integración asistencial.

Elida Grande Argudo. Osakidetza. Red Salud Mental de Bizkaia. Centro de Salud Mental Urbi 2.

Maximiano Gutiérrez Jodra. Osakidetza. OSI Araba. Centro de Salud Zabalgana.

Lucía Iñigo Regalado. Bioef. Innovación organizativa y de gestión.

Maite Paino Ortuzar. Osakidetza. Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Catarina Paz Camaño. Bioef. Innovación organizativa y de gestión.

José Luis Quintas Díez. Departamento de Salud. Subdirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias.

José Antonio de la Rica Giménez. Departamento de Salud. Coordinación de la asistencia sociosanitaria de Euskadi.

Miguel Sánchez Fernández. Osakidetza. OSI Barrualde-Galdakao. Servicio de Urgencias.

Amelia Valladolid Urdangaray. Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Jon Zuazagoitia Nubla. Departamento de Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones.

REVISIÓN EXTERNA

Roberto Abad García. Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Subdirección de Enfermería del Hospital Universitario Basurto.

Elena Aldasoro Unamuno. Departamento de Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones.

Sara Buesa Rodríguez. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Dirección de Servicios Sociales.

Karmele Díez Saez. Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Basurto.

Ana Estévez Gutiérrez. Universidad de Deusto. Departamento de Psicología.

Maribel Labaca Polo. Osakidetza. OSI Donostialdea. Centro de Salud de Beraun.

Izaskun Landaia. Emakunde.

Isabel Martínez González. Osakidetza. Red Salud Mental de Bizkaia. Centro de Salud Mental de Zalla.

Federico Melgosa Latorre. Osakidetza. OSI Alto Deba. Hospital Alto Deba. Servicio de Urgencias.

Miren Ortubay Fuentes. Universidad del País Vasco EHU-UPV. Departamento de Derecho Público.

Luis Pacheco Yáñez. Osakidetza. Red Salud Mental de Bizkaia. Comarca Bilbao.

Marisol Pérez de San Román Ruiz de Munain. Osakidetza. OSI Araba. Centro de Salud Aranzabizkarra I.

Guillermo Portero Lazkano. Instituto Vasco de Medicina Legal. Unidad de Valoración Forense Integral de Bizkaia.

Leire Sologuren. Emakunde.



PRESENTACIÓN

La violencia ejercida contra las mujeres es uno de los principales y más graves problemas de salud pública a escala mundial, tal y como lo señala la propia Organización Mundial de la Salud. Así también lo entiende el Gobierno Vasco, incorporando transversalmente en todas sus políticas el fomento de la cultura de igualdad y la lucha por la discriminación de género. En consecuencia, el Departamento de Salud se compromete a que el Sistema Sanitario Vasco actúe sobre este tipo de violencia en cualquiera de sus formas; cuando se ejerza sobre mujeres adultas o sobre menores. Una actuación que Osakidetza articula a través de protocolos, formando a sus profesionales y, por supuesto, con la sensibilidad adecuada para poder prevenir, detectar e intervenir sobre cualquier expresión de violencia de esta naturaleza.

En esa línea de actuación que la Sanidad Pública Vasca viene desarrollando, se enmarca la presente guía -que actualiza la publicada en 2008- dirigida a los y las profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. No en vano, los y las profesionales de los servicios de salud son, con frecuencia, a los primeros que acuden las mujeres víctimas de agresiones machistas. De hecho, son las propias mujeres las que reconocen que es el personal sanitario quien más confianza les genera en situaciones de esta naturaleza. En la actualidad, se consiguen detectar numerosos episodios de violencia de género desde Osakidetza, lo que nos motiva a seguir trabajando en mejorar nuestros procedimientos y protocolos vigentes.

El propósito de esta “guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi”, realizada “por profesionales para profesionales”, es poner en las manos de todos y todas, el conocimiento necesario que permita seguir mejorando la actuación en estos casos, al combinarse con su profesionalidad y búsqueda de la excelencia.

Aprovecho la oportunidad que me brinda escribir el prólogo de esta guía para transmitir mi felicitación y gratitud, no solo a quienes la han elaborado, ejemplo de trabajo y generosidad, sino también a todos aquellos y aquellas que van a utilizarla y ponerla en práctica en su día a día.

Los grandes logros sociales se alcanzan por la implicación y el compromiso de muchas personas en su ámbito de influencia. La realización y la utilización de esta guía es un impulso individual que contribuye a la consecución del gran paso colectivo que necesitamos como sociedad para erradicar la violencia contra las mujeres y cualquier forma de agresión sexual.

Nekane Murga
Consejera de Salud



ÍNDICE

0. PRESENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN	15
2. ASPECTOS CONCEPTUALES	21
1. QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO	21
1.1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	22
1.2. CONSTRUCTOS TEÓRICOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	24
1.2.1. La construcción de las relaciones sexo-género para comprender la violencia de género en el marco de la pareja-expareja	24
1.2.2. Modelo de poder basado en el género	26
1.3. MITOS, ESTEREOTIPOS Y CREENCIAS QUE PERPETÚAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO	27
1.4. EL PROCESO DE LA VIOLENCIA	28
1.4.1. El ciclo de la violencia	28
1.4.2. Escalada de violencia	29
1.4.3. La ruta crítica de las mujeres	30
2. MAGNITUD DEL PROBLEMA	32
2.1. EPIDEMIOLOGÍA	32
2.2. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	33
2.2.1. Consecuencias en las propias mujeres	33
2.2.2. Hijos e hijas. Consecuencias en la infancia	34
2.3. COSTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	35
3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD	36
3.1. LOS PRINCIPIOS Y LOS VALORES ÉTICOS	36
3.2. LA VULNERABILIDAD	38
3.3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA DENUNCIA JUDICIAL	39
3. PROCESOS DE ACTUACIÓN	43
A. CON LAS MUJERES EN EL ÁMBITO SANITARIO	43
1. PREVENCIÓN PRIMARIA	44
1.1. IDENTIFICAR SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD	45

1.1.1. Embarazo.....	46
1.1.2. Migración.....	47
1.1.3. Diversidad funcional.....	48
1.1.4. Trastorno Mental Grave (TMG).....	50
1.1.5. Las adicciones.....	51
1.1.6. Residentes en municipios pequeños.....	52
1.1.7. Envejecimiento.....	54
1.1.8. Situaciones de explotación sexual y trata de mujeres y niñas.....	55
2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	56
2.1. ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ: PREGUNTAR.....	57
3. PREVENCIÓN TERCIARIA.....	59
3.1. ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA.....	59
3.2. ACTUACIÓN DE APOYO Y SEGUIMIENTO	62
3.3. “NOT TO DO” – Qué NO HACER EN ATENCIÓN a la violencia de género	72
B. ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES	75
1. DÓNDE SE ATIENDEN.....	75
2. CÓMO SE ATIENDEN.....	78
C. CON LOS HIJOS E HIJAS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	85
D. CON LOS AGRESORES EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	89
1. INTERVENCIÓN CON EL MALTRATADOR.....	89
2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	90
4. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.....	95
5. CONTEXTOS DE ACTUACIÓN.....	103
CONTEXTO 1: ACTUACIÓN EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA O PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC).....	103
CONTEXTO 2. ACTUACIÓN EN ASISTENCIA DOMICILIARIA.....	106
CONTEXTO 3. ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.....	109
CONTEXTO 4. ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA EN HOSPITALIZACIÓN O CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA.....	111
CONTEXTO 5. ACTUACIÓN EN SERVICIO DE SALUD MENTAL. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).....	113



6. CUIDADO DEL O DE LA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ATIENDE A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO	119
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS	125
8. ANEXOS	139
ANEXO 1. REGISTRO	139
ANEXO 2. PARTE DE LESIONES.....	150
ANEXO 3. PREGUNTAS FACILITADORAS	159
ANEXO 4. RECURSOS DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	164
BIBLIOGRAFÍA	169



Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género no es un fenómeno nuevo, pero su reconocimiento y su visibilización, así como el paso de ser considerada una cuestión privada a un problema social y de salud es relativamente reciente.

Este problema traspasa países y fronteras afectando a todas las mujeres y considerándose un problema de salud pública por su impacto en la salud. Son muchas las mujeres asesinadas en estos últimos años, aun existiendo medidas legislativas de protección y seguridad.

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

En el Estado Español, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece medidas de sensibilización, prevención y detección en diferentes ámbitos, entre los cuales se incluye el ámbito sanitario. Se recoge en su artículo 32 la necesidad de desarrollar protocolos de actuación que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados.

Posteriormente ha entrado en vigor en el Estado Español el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), firmado en Estambul el 11 mayo 2011 que reconoce la violencia de género como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de forma adecuada. Se contemplan como delito todas las formas de violencia contra las mujeres: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina; el matrimonio forzado; el acoso; el aborto forzado y la esterilización forzada.

Tanto el Convenio de Estambul, como la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos y nuevos criterios para responder a la violencia de género.

Este guía de actuación resulta esencial para mejorar la implicación en este problema socio-sanitario, actualizando y ampliando las recomendaciones anteriores y adaptándolo

a las modificaciones legislativas para ganar en efectividad y eficacia. Así, esta guía incorpora como víctimas directas de la violencia a los y las menores convivientes.

El objetivo de esta guía es sensibilizar al personal de salud implicándoles en la detección precoz de casos de violencia de género en nuestro contexto y establecer una herramienta de trabajo que contribuya a homogeneizar los criterios de intervención profesional desde el ámbito sanitario. Ofrece estrategias comunes, conocimiento, orientaciones y recursos para que los y las profesionales de la salud ofrezcan una atención integrada a las mujeres que sufren este problema y puedan, así, enfrentarlo.

Para poder intervenir en estas situaciones es preciso ser consciente de que existen cambios a nivel personal que exigen reflexión, cuestionamiento y posicionamiento sobre lo que es ser hombre y mujer, tener presente que en el comportamiento, las actitudes y creencias existen sesgos sexistas en el día a día. Estos mandatos de género afectan y condicionan la respuesta a situaciones de violencia. Así el empoderamiento y la igualdad de género resultan vitales para construir una sociedad libre de violencia, donde no se vulneren los derechos de las mujeres y en donde los hombres compartan de forma igualitaria la distribución del poder. “Las mujeres deben ser actrices y autoras de su propia vida”¹. En la Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing (1995) se acuñó el término empoderamiento, hace referencia a la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. Emakunde, en su VI Plan de Igualdad en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) concibe el empoderamiento como una condición para la igualdad, diseñando programas de apoyo tanto a nivel personal de las mujeres, como a nivel colectivo, social y político. Empoderamiento que se define como proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales y simbólicos) y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos. En este proceso cada mujer se faculta, se habilita y se autoriza. Las propuestas de intervención en nuestro sistema se basan en este marco de empoderamiento.

La salida de una relación de violencia no se puede abordar desde un solo prisma, muchos de los servicios que se van a ofrecer a las mujeres son complementarios. La actuación requiere trabajar en red, facilitando un ambiente de seguridad y de confianza a la mujer.

La prevención de la violencia de género requiere crear conciencia en la comunidad y desarrollar acciones de educación para la salud, dentro de un modelo comunitario donde se establecen vínculos entre las comunidades y los servicios de salud, principalmente atención primaria.

Desde el año 2014 Emakunde está colaborando con la ONU en el diseño de estándares mínimos de calidad en la atención a mujeres víctimas de violencia. En

¹ Touraine A. 2007



este contexto en Euskadi se está llevando a cabo un proceso de reflexión colectiva para la mejora del sistema de atención a mujeres y niñas que sufren violencia. Se pretende mejorar la atención a estas mujeres y niñas desde los diferentes sistemas de atención: salud, servicios judiciales y policiales, servicios sociales, etc. Esta guía incorpora lo planteado en el ámbito de la salud hasta el momento.

Las situaciones de maltrato a las mujeres tienen repercusiones jurídicas y plantean dilemas éticos en la toma de decisiones que también son abordados en esta guía.

Además de las consecuencias que supone para la salud de las mujeres, es necesario detectar a las víctimas invisibles por las severas consecuencias que conlleva para cualquier menor desarrollarse en un ambiente de este tipo.

La violencia de género contra las mujeres es un problema de salud pública por las muertes y padecimiento que provoca.

El sistema sanitario es fundamental en la prevención y actuación en violencia de género, ya que las mujeres acceden a estos servicios para diversos problemas de salud.

La guía se estructura en una primera parte en donde se explicitan los conceptos sobre violencia de género, los datos epidemiológicos de los que se dispone y los aspectos éticos tan imprescindibles en este tema. Una segunda parte aborda todo el proceso de actuación con las mujeres cuando acuden al sistema sanitario. Propone la Actuación Inicial Básica en cualquier servicio donde se sospeche o identifique a una mujer que sufre violencia, teniendo en cuenta las especificidades propias de cada servicio. Se han incluido los contextos de Atención Primaria, Punto de Atención Continuada, Urgencias Hospitalarias, Salud Mental, Consulta Externa Hospitalaria y Hospitalización. Una vez confirmado el caso se realiza la Actuación de Apoyo y Seguimiento, principalmente en los contextos de Atención Primaria y Salud Mental. A continuación se ofrecen las pautas de intervención con situaciones relacionadas con la violencia de género: proceso de actuación ante las agresiones sexuales; proceso de actuación con los hijos e hijas de mujeres en situación de violencia de género en el ámbito sanitario; proceso de actuación con los agresores; la coordinación de la atención sociosanitaria. Otro apartado significativo es el de los contextos, en el que se desarrollan con más detalle las pautas de intervención en los ámbitos sanitarios más comunes en los que el o la profesional puede sospechar o encontrarse con un caso de violencia de género: urgencias hospitalarias; consulta de atención primaria o punto de atención continuada; consulta externa hospitalaria u hospitalización; servicios de salud mental ante el trastorno mental grave. Después se apunta cómo cuidar del o de la profesional de la salud que atiende a mujeres en situación de violencia de género, el glosario de términos y las preguntas más frecuentes. Y por último están los anexos donde se trabajan los aspectos prácticos relacionados con el registro en la historia clínica, el parte de lesiones, las preguntas facilitadoras para profesionales, y los recursos disponibles para la atención de mujeres, niños y niñas víctimas de violencia de género.



Capítulo 2

ASPECTOS CONCEPTUALES

2. ASPECTOS CONCEPTUALES

Las mujeres que sufren violencia acuden a los servicios sanitarios con síntomas diversos e inespecíficos por los que reciben tratamiento sintomático sin sospechar las y los profesionales, en la mayoría de los casos, que puede existir una situación de violencia de género.

La inclusión de la violencia de género en el diagnóstico diferencial va de la mano del enfoque bio-psico-social de la salud y la perspectiva de género en la atención sanitaria. Esto evita sesgos profesionales que producen una medicalización de estas mujeres, hasta incluso ejercer una violencia por omisión desde el personal de salud. La tendencia a medicalizar en el sistema de salud genera diagnósticos de depresión o ansiedad y tratamientos farmacológicos, sin investigar que la causa última de la situación es la violencia ejercida por parte de su pareja o expareja.

1. QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO

No hay una definición clara y unánime que designe el problema de la violencia contra las mujeres. La definición de las Naciones Unidas es la más ampliamente aceptada: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”, reconociéndose que las causas son estructurales².

En el Estado Español la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género, hace referencia a la violencia que se ejerce por las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres “por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”³. Si bien se reconoce la violencia de género como un asunto no privado, solo son de aplicación las medidas cuando exista o haya existido una relación de afectividad. Posteriormente, las reformas realizadas en la Ley Orgánica contra la violencia de género por la Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia modifica la condición de los y las menores, que dejan de ser víctimas indirectas para considerarse, en la actualidad, víctimas directas de la violencia de género.

² ONU (1993).

³ Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género.

Recientemente el VII Plan para la igualdad de mujeres y hombres en la CAE (2018), en coherencia con la definición que hace la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres, y siguiendo el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, de 11 de mayo de 2011, Convenio de Estambul, considera como violencia contra las mujeres todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada.

En esta guía el foco de actuación reside en la violencia que ocurre en las relaciones de pareja heterosexuales de hombre a mujer y en sus hijos e hijas, según se establece en la legislación vigente estatal. Además, aborda una línea de actuación más abierta para garantizar desde el sistema de salud la detección temprana y la intervención precoz contra las violencias que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo, que “trate el origen de la enfermedad (la desigualdad), y no necesariamente el síntoma que más nos asusta (la violencia)”⁴. Los tipos más comunes de violencia de género son la violencia psicológica, física y sexual (definidas en el glosario).

1.1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La categorización más común es la establecida por Convenio del Consejo de Europa⁵ sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica:

- Violencia psicológica.
- Violencia física.
- Violencia sexual, incluida la violación.
- Acoso.
- Matrimonios forzosos.
- Mutilaciones genitales femeninas.
- Aborto y esterilización forzada.
- Asistencia o complicidad y tentativa.

La mayoría de la literatura coincide en afirmar que la violencia física, psicológica y sexual son las formas principales que adopta la violencia contra las mujeres.

⁴ Gómez Fernández I. 2017.

⁵ Convenio de Estambul 2014.



Con todo, no hay que olvidar que existen otras formas de violencia contra la mujer como la violencia estructural, la violencia política-institucional, la violencia espiritual, la ciberviolencia o la violencia de odio.

De acuerdo con el análisis de la Organización Mundial de la Salud, la ocurrencia de las distintas formas de violencia contra las mujeres es relacionarlas con su probabilidad de ocurrencia a lo largo del ciclo vital (Tabla 1).

Tabla 1. La violencia de género a lo largo de la vida

FASE DE LA VIDA	TIPO DE VIOLENCIA
Antes del nacimiento	- Aborto selectivo en función del sexo. - Consecuencias para el feto de los malos tratos a la madre durante el embarazo.
Infancia precoz	- Infanticidio femenino. - Violencias física, sexual y psicológica.
Niñez	- Incesto. - Matrimonio de niñas. - Mutilación genital femenina. - Pornografía infantil. - Prostitución infantil. - Violencias física, sexual y psicológica.
Adolescencia y edad adulta	- Abuso de mujeres con diversidad funcional (física o psicológicamente). - Abusos y homicidios relacionados con la dote. - Acoso sexual. - Embarazo forzado. - Incesto. - Pornografía forzada. - Prostitución forzada. - Relaciones sexuales impuestas. - Trata de mujeres. - Violencias durante el cortejo y el noviazgo (ataques con ácido, violaciones...). - Violencia física, sexual y psicológica de la pareja. - Violencia física, sexual y psicológica fuera de la pareja.
Vejez	- Homicidio de viudas. - Suicidio forzado de viudas. - Violencia física, sexual y psicológica.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1998^a, 1998b).

No hay un único tipo de maltrato ni en un único contexto, sino una multiplicidad de los mismos, en los que también hay formas disimuladas de violencia contra las mujeres que se siguen perpetuando en espacios tanto públicos como privados. Existen otros comportamientos generadores de violencia en la sociedad que se han vuelto recurrentes y se han convertido en comportamientos sociales aceptados. Habitualmente, también coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja, por lo que no es posible establecer un patrón de aparición de violencia en la pareja.

1.2. CONSTRUCTOS TEÓRICOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1.2.1. La construcción de las relaciones sexo-género para comprender la violencia de género en el marco de la pareja-expareja

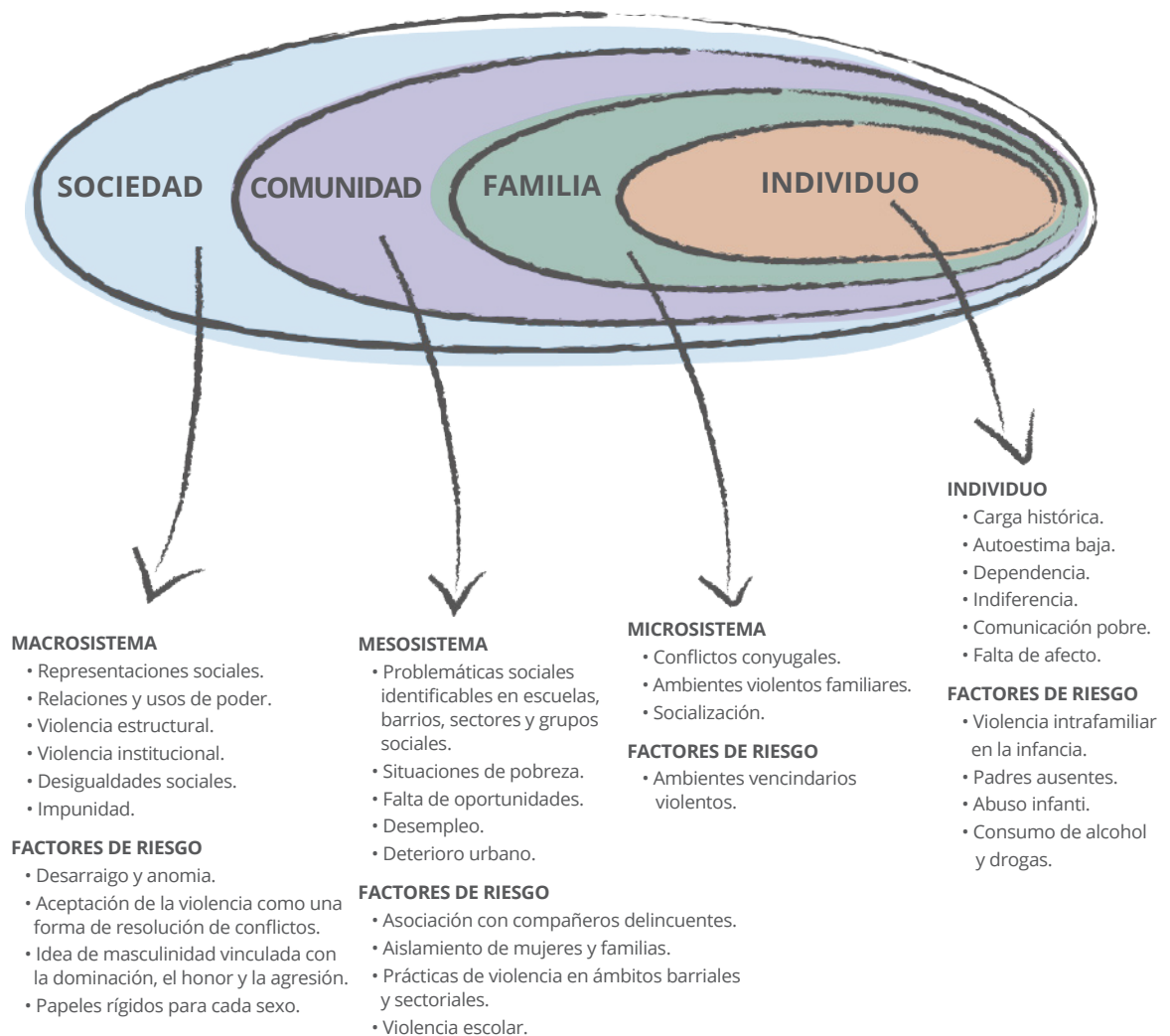
La cultura patriarcal establece relaciones hombre-mujer basadas en el poder, el dominio y el control que resultan difíciles de romper por las propias mujeres ya que también están implicadas las hijas e hijos, la familia, la comunidad y toda la sociedad en su conjunto. En este sentido, esta guía no aborda la perspectiva de las personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTBI).

Según el marco ecológico integrado⁶ cada persona está inmersa en una multiplicidad de niveles relacionales –individual, familiar, comunitario y social–, donde pueden producirse distintas expresiones y dinámicas de violencia. Los factores personales, situacionales y socioculturales actúan como determinantes de la situación de violencia. Estos factores operan en los cuatro niveles propuestos (nivel 1: historia personal; nivel 2: microsistema; nivel 3: exosistema o mesosistema; nivel 4: macrosistema), pudiendo ser una protección frente a la violencia o favorecer su aparición. El modelo propone analizar los factores de riesgo a partir de los cuatro niveles, sabiendo que la violencia de género se puede dar en cualquiera de estos cuatro niveles. Por ello el modelo busca poner la mirada en la interacción entre los factores culturales, sociales y psicológicos (Figura 1).

⁶ Heise L.L. 1998.



Figura 1. Explicación de la interrelación de los sistemas implicados en la violencia de género desde el modelo ecológico



Fuente: Heise. L 1998.

La “Rueda del poder y control”⁷ complementa el marco ecológico explorando las causas de los hombres para establecer relaciones de violencia hacia la mujer. Permite visualizar cómo es la dinámica del poder y el control en las relaciones de maltrato. Se analizan las creencias y conductas de los hombres que ejercen violencia contra sus parejas para obtener poder y control en la relación, y se exploran las creencias del hombre relacionadas con normas y valores socioculturales (Figura 2).

⁷ Fleck-Henderson. 2004.

Figura 2. Rueda del poder y del control



Fuente: Fleck-Henderson et al. 2004.

1.2.2. Modelo de poder basado en el género

Fundamentado en la teoría de que la inequidad, la jerarquía basada en el género da lugar a la obligación asimétrica de mujeres y hombres en la realización de actividades que toda sociedad necesita (cuidados a menores, personas enfermas, trabajo doméstico, etc.).

Son cuatro las bases en las que se sustenta la desigualdad de poder entre mujeres y hombres: distribución de recursos, obligaciones sociales, ideología y fuerza. Este efecto lo produce no solo la propia violencia, sino también la amenaza de ejercerla.

Bajo este modelo las cuatro bases mantienen una relación dinámica entre ellas; por tanto, para que los esfuerzos para reducir la desigualdad de poder sean exitosos, es necesario ejercer el cambio en las cuatro bases. Desde este modelo se constata que las obligaciones de las mujeres en relación a sus parejas y familiares (cuidados salud, tareas en el hogar etc.) explican la inferioridad de éstas y su relación con el poder de sus parejas.



1.3. MITOS, ESTEREOTIPOS Y CREENCIAS QUE PERPETÚAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Podemos definir los mitos como creencias estereotípicas, generalmente erróneas, pero que la mayoría de las personas las aceptan como si fueran verdaderas. Sirven para minimizar, negar o justificar la agresión a la pareja e invisibilizar el problema real.

El denominador común subyacente a muchos de estos mitos es situar el problema como algo alejado y relacionado con grupos o colectivos específicos (inmigrantes, personas en paro, etc.) o con circunstancias biográficas o personales (familias desestructuradas, violentas, etc.), o bien tratar de resituar la responsabilidad de tal violencia, alejándola de los varones que la cometen.

Mitos considerados como clásicos⁸:

- **Los mitos sobre la marginalidad**, que sitúan la violencia de género en el terreno de la excepcionalidad, manteniéndola como algo alejado del propio grupo y fruto de circunstancias excepcionales.
- **Los mitos sobre los maltratadores**, que ponen el acento en factores personales del agresor que le habrían llevado hasta la violencia y que, de un modo más o menos explícito lo exoneran de culpa.
- **Los mitos sobre las mujeres maltratadas**, que desplazan la carga de la culpa hacia ellas y las responsabilizan de lo que les sucede, bien sea porque algunas de sus características (de personalidad, de estatus, emocional,...) facilitarían la violencia, bien porque la consentirían o se mantendrían en situación de exposición a ella.
- **Los mitos que minimizan la importancia de la violencia de género** la consideran un fenómeno puntual, muy localizado; la violencia psicológica no es tan grave como la física; los hombres y las mujeres ejercen violencia por igual en la pareja.

A estos se sumarían los nuevos mitos, neomitos⁹:

- El Síndrome de Alienación Parental (SAP), que fuerza la idea de que las mujeres son manipuladoras, ya que influirían sobre los niños y niñas para que no quieran ver al padre.
- La consideración de que las leyes criminalizan lo que son “relaciones normales”.

⁸ Bosch, E. y Ferrer, V. A. 2012.

⁹ Lorente, M. 2009.

- La supuesta proliferación de denuncias falsas que intenta acabar con la credibilidad de las mujeres.
- La consideración de los hombres como “verdaderas víctimas” del sistema.

Los mitos negacionistas se centran en minimizar la importancia del problema, cuestionando la gravedad de esta violencia e incluso, su ocurrencia misma, considerando una exageración creada y utilizada por determinadas mujeres para obtener beneficios y/o perjudicar a los hombres especialmente en los litigios de separación o divorcio y por la custodia.

1.4. EL PROCESO DE LA VIOLENCIA

¿Por qué las mujeres aguantan tanto en situaciones de violencia y maltrato? Durante mucho tiempo se ha considerado que algunas mujeres permanecen en una relación así debido a que tienen fuertes componentes masoquistas y de dependencia emocional. La realidad es muy distinta y compleja. Algunas se sienten solas y desesperadas, con sentimientos de miedo e indefensión y todavía en muchos casos, creen que se lo merecen.

Los factores relacionados con la decisión de abandonar o no una relación de maltrato son:

- Las características del abuso.
- Los recursos materiales y sociales disponibles.
- Los antecedentes de maltrato de la mujer.
- Las actitudes de la mujer.
- La capacidad para asumir el fin de la relación.
- El miedo.

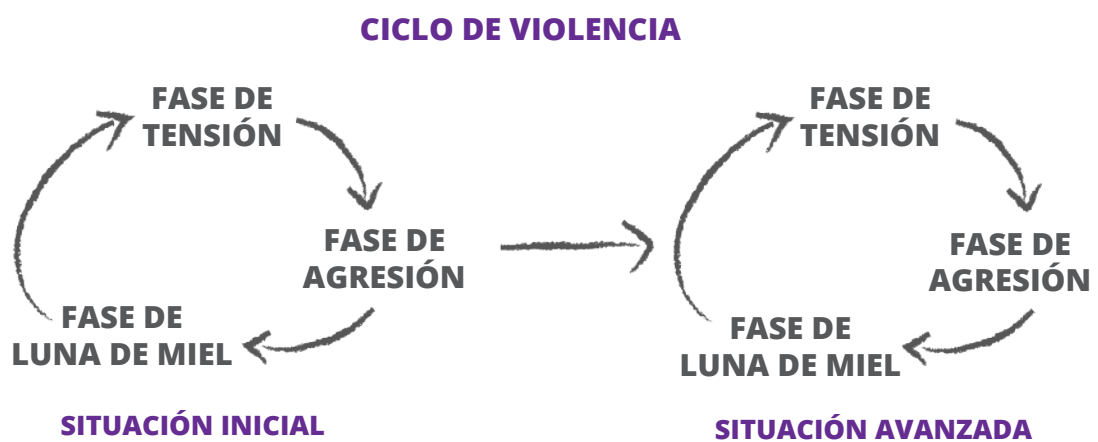
1.4.1. El ciclo de la violencia

Leonore Walker investigó por qué las mujeres maltratadas no pueden salir de esa situación y para ello utilizó el “modelo de la indefensión” o de la “desesperanza aprendida”. Según este modelo, una mujer sometida a acontecimientos incontrolables, en este caso actos violentos, generará un estado psicológico donde la respuesta de reacción o huida queda bloqueada, la mujer renuncia a tratar de efectuar modificaciones, aprende a vivir asustada y a creer que es imposible producir un cambio en la situación de relación. El maltrato se desarrolla siguiendo las fases de a/ acumulación de tensión, b/ explosión-estallido de violencia o fase aguda, c/ de arrepentimiento, calma, reconciliación o “luna de miel”.



En la fase de acumulación de tensión, diferentes incidentes aumentan la hostilidad en la pareja sin motivos comprensibles para la mujer; con el tiempo aumenta la frecuencia de los incidentes violentos físicos y psíquicos. Con la explosión-estallido, la violencia física se desata, acompañándose a veces de abuso psicológico y sexual. En la fase de arrepentimiento hay disculpas por parte del hombre, con conductas cariñosas hacia la mujer y promesas de no volver a suceder (Figura 3).

Figura 3. Ciclo de la violencia



Fuente: Walker, L. 1979

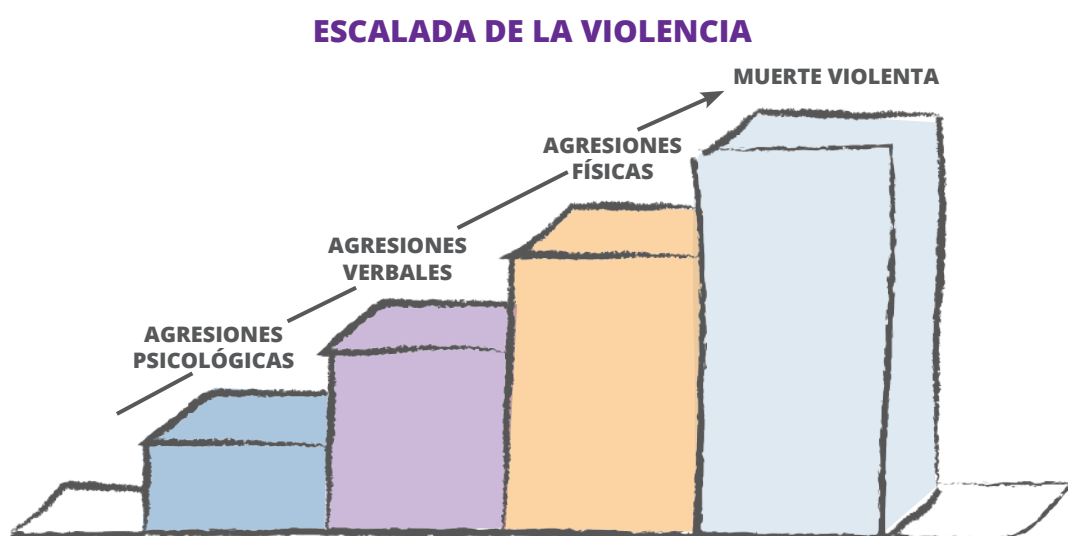
1.4.2. Escalada de la violencia

Se trata de un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se van incrementando a medida que pasa el tiempo. Comienza con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión por parte del agresor de actitudes de cuidado y protección, difíciles de percibir por su apariencia amorosa, pero van reduciendo la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y su capacidad de reacción. En realidad son conductas restrictivas y controladoras, que van minando la autonomía de la mujer a la vez que la sitúa en condiciones de dependencia y aislamiento.

Ejemplos son los celos, la vigilancia, la censura sobre la ropa, las amistades o actividades, el control de los horarios, las salidas fuera de la casa, etc. Habitualmente estas conductas, que suelen ser la antesala del maltrato físico, no se perciben por parte de las mujeres como agresivas, sino como manifestaciones del carácter de la pareja o de rasgos masculinos por excelencia (rol dominante y protector a un tiempo). Se han interiorizado como normales a través de los procesos de socialización en la familia, la escuela o la calle, por lo que su importancia suele ser minimizada y son admitidas tácitamente, lo que genera en las mujeres situaciones de indefensión aprendida y vulnerabilidad.

El aumento progresivo de la violencia, hasta llegar a las agresiones físicas e incluso a la muerte, puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, durante el cual se incrementa la pérdida de referencias, autoestima, seguridad personal, de manera que es difícil para la mujer víctima percibir y entender el significado y la trascendencia del proceso en el que está inmersa, así como el riesgo que corre (Figura 4).

Figura 4. Escalada de violencia



Fuente: Larouche G. 1987.

1.4.3. La ruta crítica de las mujeres: Dificultades para salir del círculo de la violencia

La herencia social y los patrones culturales explican en parte la dificultad de romper el vínculo de pareja con el hombre que las maltrata, se exige de las mujeres una renuncia a su bienestar personal y sus necesidades a favor de la unidad familiar. Las mujeres son consideradas el eje de unión y el sostén afectivo. También están descritos factores de tipo económico, como la falta de recursos económicos o tener hijos o hijas pequeñas u otras personas dependientes en la familia. Otros factores que pueden favorecer la permanencia de las mujeres en esta situación son la negativa de un divorcio de mutuo acuerdo o estar en una situación de migración irregular.

La Organización Panamericana de la Salud define la ruta crítica como el proceso que se construye a partir de las decisiones y acciones que ejecutan las mujeres, así como también las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones cuando deciden romper el silencio. Son los factores impulsores e inhibidores internos (personales) y externos (contexto), que se interrelacionan entre sí y actúan sobre la subjetividad de las mujeres para fortalecerlas o debilitarlas en su decisión de iniciar y continuar una ruta de búsqueda de ayuda y soluciones.



Las respuestas sociales a la violencia de género recaen bajo varias categorías: servicios de atención de salud, asistencia para víctimas, programas de intervención con agresores, campañas de información en medios de comunicación, educación, respuestas legales, entre otras. La mayor o menor facilidad o dificultad de salir de la situación de violencia va a depender de la suma o acumulación de factores. En la medida en que más presentes estén los factores negativos en una mujer, menos probabilidades existirán que la mujer abandone la relación. Incluso una mujer con muchos recursos puede presentar dificultades para salir de la situación. Es necesario el empoderamiento personal, colectivo y político. Las escuelas de empoderamiento y el apoyo de otras mujeres pueden ayudar a que salga de la situación de violencia. Existen factores que favorecen que las mujeres pidan ayuda, y otros que los inhiben (Tabla 2).

Tabla 2: Factores favorecedores/inhibidores

FACTORES QUE FAVORECEN A LAS MUJERES A PEDIR AYUDA	- Aumento progresivo de la severidad del maltrato hacia la mujer o hijas e hijos. - Protección de las hijas y los hijos. - Enfrentamiento de las hijas o hijos al agresor cuando son mayores. - Independencia económica. - Existencia de redes de apoyo familiar o social.
FACTORES QUE INHIBEN A LAS MUJERES A PEDIR AYUDA	- Dependencia económica. - Mandatos del deber. - Obediencia. - Vergüenza. - Culpa. - Miedo. - Limitaciones materiales. - Presiones familiares y sociales.

Fuente: Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

La violencia de género es un importante problema de salud pública que causa tanto muertes prematuras, como sufrimiento y enfermedad a las mujeres. Es una epidemia en palabras de la OMS. De ahí el importante papel que desempeña el personal de salud en la detección precoz, identificación y acompañamiento.

Es un problema de salud pública no solo por la agregación de casos individuales y su alta prevalencia, sino también porque los determinantes que influyen en el estado de salud de las mujeres se ven impregnados de una estructura que las agrede (desde los condicionantes laborales, las relaciones de poder, la estructura socio-familiar y la asistencia clínica).

Según la OMS la violencia física o sexual es un problema que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial. Cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. La violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra las mujeres, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. “Estos hallazgos envían un mensaje poderoso: la violencia contra las mujeres es un problema de salud mundial de proporciones epidémicas”¹⁰.

La Agencia Europea de Derechos Humanos estima que un 33 % de mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual desde los 15 años, y un 43 % de las mujeres han experimentado alguna forma de violencia psicológica por parte de su pareja o expareja, sin incluir feminicidio. El impacto sobre la salud física y mental de mujeres y niñas puede ir desde huesos rotos hasta complicaciones vinculadas a embarazos, problemas mentales y deterioro en el funcionamiento social.

Las niñas son especialmente vulnerables a la violencia sexual. La prevalencia de abuso sexual en la niñez es de 18% para las niñas, en comparación con un 8% para los niños. También es más probable que las adolescentes sufran violencia de pareja; violación por personas conocidas o desconocidas; matrimonio precoz o forzado; sean víctimas de la trata para la explotación sexual y el trabajo infantil, y la mutilación o corte genital.

Muchas de las mujeres que sufren violencia de género son madres y, consecuentemente, el número de los niños y niñas expuestos a dicha violencia es muy elevado. Se estima que alrededor de 800.000 menores en España viven en hogares donde este tipo de violencia ocurre. La macroencuesta sobre violencia de género de 2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad señala que el 63,6% de los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia sufridas por sus madres.

¹⁰ OPS/OMS. Chan, M. 2014.



Medir la prevalencia real de la violencia de género es una tarea ardua y compleja. Las estadísticas disponibles por medio de la policía, los centros de mujeres y otras instituciones formales a menudo subestiman los niveles de la violencia debido a la escasa notificación de casos. La consideración de la violencia de género en la pareja como una cuestión privada, la asunción de esta violencia como “algo normal” por parte de las mujeres dificulta la medición real de casos existentes y perpetúan la invisibilización de la dimensión real del problema.

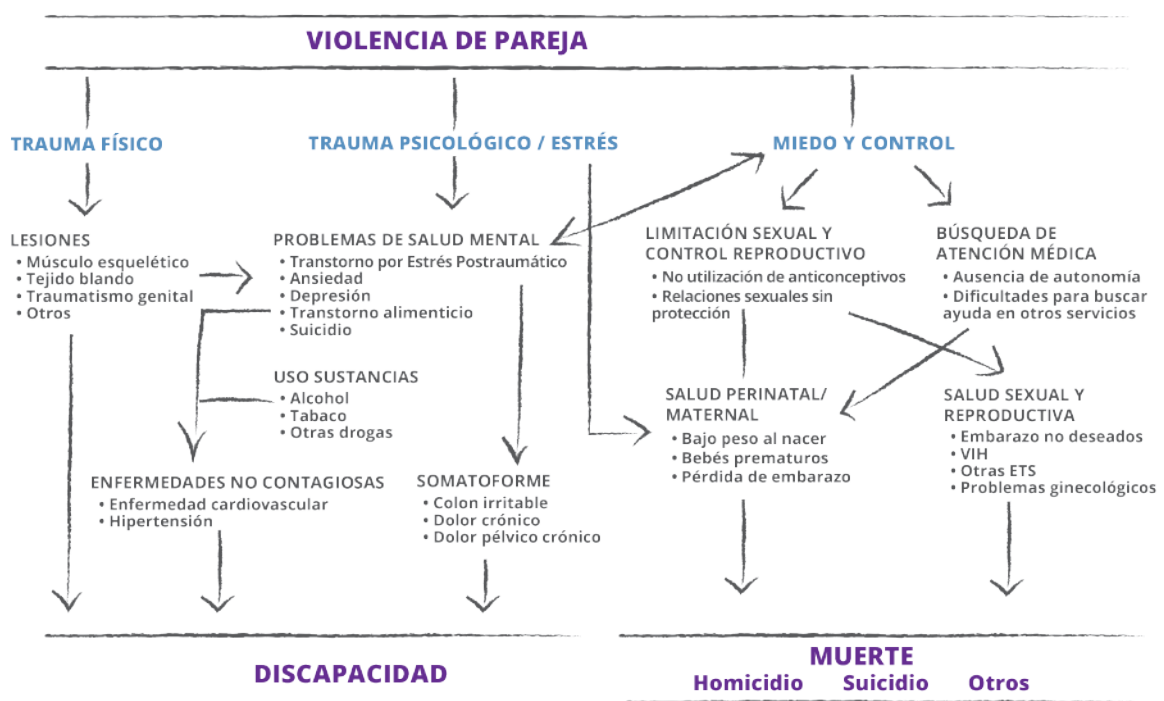
2.2. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque en muchas ocasiones se reconoce la violencia física como la más visible y menos dañina, ya que los signos físicos se quitan con el tiempo y los dolores se calman, hay que tener presente que la violencia psicológica supone una sensación constante de miedo, el sentirse al límite, sin alternativas para evitar los gritos, la humillación, la burla, acompaña siempre a la violencia dejando en una situación de desamparo a las mujeres y a quien depende de ellas.

2.2.1. Consecuencias en las propias mujeres

Las investigaciones en este campo constatan que la salud de las mujeres que han sufrido o sufren maltrato presenta un patrón de deterioro si se compara con mujeres que han vivido libres de violencia. La mayoría de investigaciones agrupan las consecuencias en físicas y psíquicas, cobrando estas últimas una gran relevancia por el tipo de secuelas que producen: trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión, lesión de la autoestima, abuso de sustancias y ludopatías, y suicidio (Figura 5).

Figura 5. Vías y efectos en la salud de la violencia contra la pareja



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2013.

2.2.2. Hijas e hijos. Consecuencias en la infancia

La violencia contra las mujeres suele ir acompañada de violencia contra los niños y las niñas, perpetuándose así un ciclo de comportamientos destructivos y modelos de conductas negativas en el niño o la niña que crece en un ambiente de violencia. Así, vivir en una familia donde existe un maltrato a la madre significa estar expuesto o expuesta a situaciones de opresión y control, basadas en un patrón de desigualdad y abuso de poder.

La exposición de los niños y las niñas a la violencia de género aumenta los riesgos de sufrir problemas en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social a corto y largo plazo. Presenciar esta violencia puede afectar gravemente el bienestar, el desarrollo personal y las interacciones sociales del niño o niña durante toda la vida.

En Euskadi el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia (balora kendu) recoge la tipología de exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial, dentro de la categoría de maltrato psíquico.

Siguiendo el postulado del Centro Internacional de la Infancia de París se considera maltrato a menores en el entorno doméstico “aquellos actos que privan al niño o niña de sus derechos y libertades, e inciden negativamente en su bienestar y desarrollo integral, causando intenso sufrimiento a el o la menor, cuyos efectos negativos aumentan a medida que la situación se cronifica”¹¹. Tipos de maltrato infantil:

- Maltrato físico.
- Maltrato psicológico o emocional.
- Negligencia.
- Abuso sexual.

La UNICEF determina la necesidad de considerar maltrato no solo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre niños y niñas. Los efectos que provoca la exposición a la violencia de género dependen de diversas variables:

- Relacionadas con la violencia: tipología, intensidad, cronicidad.
- Características de la niña o niño: edad, etapa de desarrollo en que se produce, vulnerabilidad, grado de exposición.
- Relación del niño o niña con la víctima y con el agresor.
- Presencia de otros factores estresantes en la familia que agraven la situación, como precariedad económica, consumo de tóxicos, marginalidad...

¹¹ Centre International de L'enfance. 1980.



- La protección que ejerzan la figura materna, el entorno familiar y la red social sobre el niño o la niña.

Las consecuencias de la violencia que ejercen los padres maltratadores sobre los y las menores son graves, sin embargo han estado invisibilizadas tanto en los estudios como en las estadísticas. La Ley 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género no ha reconocido explícitamente a los niños y las niñas como víctimas directas hasta el año 2015, con la Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

La ley contempla suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia, acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho, la suspensión del régimen de visitas, estancia, relación o comunicación del inculpado por violencia de género respecto de las personas menores que dependan de él.

2.3. COSTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Los costos sociales y económicos de la violencia contra la mujer son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos e hijas.

El estudio el realizado por EIGE (European Institute for Gender Equality) en 2014, centrado en el Reino Unido y extrapolados los resultados al resto de países europeos, estima que en España el coste de la violencia de pareja contra las mujeres se podría estimar en 10.125 millones de euros y el coste de la violencia de género sería de 20.954 millones de euros.

Existen pocos estudios de análisis de costes de la violencia de género. El Instituto Andaluz de la Mujer (año 2004) estima que la violencia tiene un coste anual para la sociedad andaluza de 2.356,8 millones de euros. Esta cifra recoge tanto los costes directos (recursos, específicos o no, utilizados por las víctimas) como algunos costes indirectos (el valor de los bienes y servicios perdidos por este tipo de violencia, la merma de bienestar de la víctima y de la sociedad en su conjunto). El estudio realizado por Centro Reina Sofía en el año 2006 en la Comunidad Valenciana estima que los costes totales al año son de 23 millones de euros.

En Euskadi no se han realizado estudios específicos a gran escala sobre los costes sociales de la violencia contra las mujeres. En 2013 se realizó una revisión de recursos utilizados en el sistema sanitario, en concreto referido a consultas utilizadas y gasto farmacéutico, comparando mujeres con registro de violencia y sin registro. Los resultados fueron que el gasto sanitario es significativamente mayor, entre un 16% y un 49% más, entre las mujeres con registro de código de violencia de género en comparación con el resto de mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Comparativa de uso de recursos y costes entre mujeres con y sin violencia de género con registro AP

	NO VIOLENCIA	VIOLENCIA	RAZÓN	IC 95%	
				INF	SUP
COSTE TOTAL	1241,53	1681,91	1,35	1,16	1,54
COSTE FARMACIA	192,35	229,30	1,19	0,97	1,42
CONSULTAS	7,13	10,89	1,53	1,44	1,62
IP	1,15	1,58	1,38	1,28	1,47
INGRESOS	0,08	0,13	1,58	1,19	1,97
URGENCIAS	0,35	0,98	2,81	2,57	3,05
NUM. FÁRMACOS	3,26	4,53	1,39	1,30	1,48

* Valores estimados con modelos de regresión lineal ajustados con edad, cupo y códigos ADGs.
Fuente: Maite Paino, Eduardo Millan. 2013. "Las mujeres con diagnósticos de violencia de género, una visión desde Osakidetza".

3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

3.1. LOS PRINCIPIOS Y LOS VALORES ÉTICOS

Como profesionales de la salud, nuestros deberes morales con todas las personas que atendemos son los de no hacerles daño (no maleficencia), tratarles con igual consideración y respeto (justicia), procurar su mayor beneficio posible (beneficencia) y todo esto respetando y teniendo en cuenta sus valores, el libre desarrollo de su personalidad y su proyecto de vida (autonomía). Cada uno de estos principios éticos no es más que una suma de valores morales que no solo debemos respetar, sino que nos interpelan y nos impulsan a realizarlos.

En relación a la atención a las mujeres que sufren violencia de género hay una serie de valores que merecen ser destacados por la relevancia que tienen dentro de cada principio moral.

En cuanto al **principio de no maleficencia**, hay dos valores implícitos en el mismo, que pudieran ser cruciales para la asistencia sanitaria a estas mujeres. Uno es la seguridad de paciente y el otro es el de la prudencia. La mayoría de los riesgos para la seguridad de las mujeres vienen de la mano del manejo de la información, más que de la práctica de los cuidados asistenciales propiamente dichos. Actuaciones como el envío de un parte de lesiones en determinadas circunstancias, o la entrega de un informe de alta en mano a la paciente, o el no registrar en la historia clínica el hecho o la sospecha de existencia de violencia de género, o la información transmitida a familiares de la paciente, etc. pueden suponer una amenaza para la seguridad e integridad de las



mujeres. La mejor manera de evitar o al menos minimizar estas situaciones de riesgo es la de actuar con prudencia. Lo que nos debemos exigir en este contexto asistencial de incertidumbre e inseguridad, no es tomar una decisión cierta, única y universalmente aplicable, sino tomar una decisión prudente, contextualizando cada caso y teniendo en cuenta las posibles consecuencias.

El **principio moral de justicia** encierra distintos valores y acepciones, como por ejemplo: justicia como virtud (tener la actitud o el hábito de ser justos); como valor socio-político (justicia distributiva); como valor de equidad (a cada cual según su necesidad); como valor jurídico o legal (derecho positivo) y también como Institución. En la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia el valor legal adquiere más presencia que en la asistencia sanitaria a otros colectivos y esto puede ser fuente de conflictos morales en la toma de decisiones de los y las profesionales.

El **principio de beneficencia** es la obligación moral de actuar en beneficio de las otras personas: actuar en todo lo posible en beneficio de la mujer, procurar su mayor interés y promover su bienestar. La beneficencia no se puede entender hoy día sin la autonomía, pero mantiene su inspiración paternalista (como valor positivo) en la atención sanitaria a pacientes con limitación o ausencia de la competencia para decidir sobre sí mismas. Así pues, aplicar este principio en la asistencia sanitaria a las mujeres significa procurar hacer lo que entendemos sea más beneficioso para ellas, pero con su consentimiento, nunca en contra de su voluntad (salvo en situaciones de riesgo grave o de incompetencia manifiesta). Son mujeres vulnerables, por lo que valores como la empatía y el acompañamiento tienen una especial relevancia en su atención, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

El **principio ético de la autonomía** es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades y su proyecto de vida, mediante el libre desarrollo de su personalidad y el derecho a que las decisiones resultantes de tal deliberación sean respetadas. En lo referente a la autonomía de las mujeres en situación de violencia, uno de los valores clave para determinar su validez es el de la competencia (capacidad de obrar, natural o de hecho). La competencia no es un valor monolítico o absoluto de cada persona (se puede ser competente para tomar unas decisiones pero no otras) ni tampoco es estable en el tiempo. La evaluación y determinación de la competencia de un paciente es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y corresponde hacerlo a los y las profesionales sanitarios. "Establecer la incompetencia de una paciente es afirmar que, aquí y ahora, no puede ejercer su autonomía moral ni su derecho, legalmente reconocido, al autogobierno personal, esto es, a tomar por sí mismo una determinada decisión"¹². La mujer es quien tiene que tomar sus propias decisiones, la intervención debe estar dirigida hacia el horizonte del empoderamiento.

¹² Simón Lorda P, 2001.

Venimos de una visión machista, de creer que la mujer es vulnerable, débil con profundas raíces en el patriarcado donde asistencia sanitaria que daba por sentado que el hecho de enfermar restaba autonomía moral a la paciente para poder discernir con claridad lo más conveniente para sí misma. Afortunadamente esto forma parte del pasado, pero sin embargo parece que subsiste la creencia de que la vulnerabilidad y la fragilidad de cierta intensidad sí que restan competencia a la persona que la padece y por lo tanto debe primar el principio de beneficencia sobre el de autonomía. Esto es un poso del paternalismo médico que no tiene fundamento ético en el que sustentarse.

En las organizaciones de Osakidetza existen desde hace años los Comités de Ética Asistencial (CEA). Su papel es analizar y emitir recomendaciones cuando profesionales de la salud tienen que resolver conflictos éticos en su práctica diaria. Un conflicto ético es un conflicto de valores y en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género los valores enfrentados son frecuentes y no fáciles de resolver, por lo que los CEAs son de mucha ayuda en dichos casos.

3.2. LA VULNERABILIDAD

“La vulnerabilidad tiene dos dimensiones. Una es antropológica y señala la posibilidad de sufrir daño, de ser herido física o emocionalmente. La vulnerabilidad antropológica es pues una condición intrínseca del ser humano. La otra dimensión es socio-política. Se refiere a la susceptibilidad generada en la persona por su pertenencia a un determinado medio o por tener unas determinadas condiciones de vida. Esta segunda dimensión da lugar tanto a ámbitos de vulnerabilidad como a poblaciones vulnerables. Es decir, genera que la pertenencia a un grupo, género, cultura, condición o situación socioeconómica, convierta a los individuos en vulnerables¹³.”

La Declaración de los derechos y deberes de las personas en el Sistema sanitario de Euskadi identifica a las víctimas de violencia contra las mujeres como un colectivo vulnerable (junto con otros seis más). A estos efectos, se consideran personas vulnerables, o pertenecientes a colectivos vulnerables, aquellas que cumplen los siguientes criterios:

1. Tener limitada su autonomía o autogestión por agentes internos (estado o salud psicofísica) o externos (recursos, situación socio-cultural, etc.).
2. Precisar medidas específicas para garantizar su acceso en condiciones de igualdad y no discriminación a los recursos sanitarios, sociales y socio-sanitarios.

Todas las mujeres que sufren violencia, por el hecho de sufrirla, son vulnerables, pero algunas pueden serlo doblemente si también pertenecen a otro de los siete colectivos de personas vulnerables identificados en la Declaración de derechos y deberes (personas con trastorno mental grave; personas con discapacidad o diversidad funcional; víctimas de maltrato y desamparo; inmigrantes en situaciones administrativas irregulares; personas excluidas o en riesgo de exclusión social y personas transexuales).

¹³ Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2015.



Que las mujeres que sufren violencia tengan limitada su autonomía o autogestión no significa que no sean competentes para tomar decisiones autónomamente y que podamos, en cualquier caso, realizar intervenciones sin su consentimiento o, muchos menos, en contra de su voluntad expresa. Aunque estas mujeres se encuentren en una situación de vulnerabilidad no se les debe privar de su autonomía para tomar decisiones. La mujer víctima de violencia de género tiene un papel activo en la toma de decisiones y el o la profesional de la salud deberá respetar sus valores y deseos, acorde a la fase de empoderamiento en que se encuentre, sin poner en riesgo su vida.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA DENUNCIA JUDICIAL

El problema moral más frecuente y de mayor envergadura que se suscita en la labor profesional de la atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género es la decisión de si enviar o no un parte de lesiones al juzgado y, en su caso, cuándo hacerlo. Los valores enfrentados causantes del problema ético son la supuesta obligación legal de denunciar y el respeto a la autonomía de las mujeres cuando se oponen o no consienten la denuncia. (Ver Anexo II).

A modo de resumen, se tendrán en cuenta las consideraciones siguientes a la hora de emitir el parte de lesiones:

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y que tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital.

La obligación legal de denunciar (emitiendo un parte de lesiones por violencia de género) no es absoluta. Sin embargo es absoluta la obligación legal y moral de asistir a las víctimas y de prevenir la violencia.

Se puede y se debe no emitir el parte de lesiones cuando la mujer se opone y siempre que no exista un riesgo grave e inminente para la mujer. Esta valoración se podrá hacer con garantías en el ámbito de la atención primaria, pero más difícilmente en el contexto de la atención en un servicio de urgencias.

La intervención debe ir en la línea de trabajar con la mujer y para ella, nunca en contra. Las excepciones estarán marcadas por la gravedad de los riesgos del mantenimiento de dicha situación, por la afectación grave de terceras personas en situación de dependencia (menores u otros u otras) y por la incompetencia de la mujer –que habrá que probar– para tomar la decisión.

La mujer víctima de violencia de género tiene un papel activo en la toma de decisiones y el o la profesional de la salud deberá respetar sus valores y deseos sin poner en riesgo su vida.



Capítulo 3

PROCESOS DE ACTUACIÓN

3. PROCESOS DE ACTUACIÓN

A) PROCESO DE ACTUACIÓN CON LAS MUJERES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Las mujeres que han sufrido violencia habitualmente son atendidas en los servicios de salud. Es probable que el personal de salud del sistema sanitario sea el primero al que recurran las mujeres que sufren actos de violencia. Las mujeres han indicado que son en los y las profesionales de la salud en quienes más confiarían ante situaciones de abuso. Por ello, se necesita una respuesta de apoyo de primera línea para abordar los casos de mujeres que sufren un deterioro de su salud como consecuencia de la violencia recibida.

Otras muchas mujeres acuden a los servicios sanitarios con síntomas consecuencia de las situaciones de abuso pero, sin revelar la causa de sus dolencias. Y algunas de ellas, ni siquiera son conscientes de que los síntomas que presentan están relacionados con la violencia.

Los y las profesionales de salud deben estar capacitadas para identificar los signos propios de los actos de violencia y sus consecuencias. Ponerlos en evidencia cuando no son comunicados de entrada. Y facilitar una respuesta adecuada e integrada que requiere una estrategia global en coordinación con otras instituciones: servicios sociales, policiales, jurídicos, etc. que pueden ayudar a las mujeres en su proceso.

Las personas expuestas a la violencia requieren servicios de salud integrales y sensibles a las cuestiones de género, que aborden las consecuencias de la violencia para la salud en el sentido más amplio de la palabra.

Teniendo en cuenta que la actuación para el diagnóstico y tratamiento constituye el pilar fundamental, hay que considerar al sistema sanitario como fundamental en tres niveles de actuación:

- **La prevención:** ¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de violencia de género? Estrictamente conocida como PREVENCIÓN PRIMARIA.
- **La detección precoz:** ¿Qué se puede hacer para detectar los casos de forma temprana? PREVENCIÓN SECUNDARIA.
- **La intervención profesional adecuada:** ¿Qué hacer para abordar el problema y minimizar sus consecuencias? PREVENCIÓN TERCIARIA

Y estos retos son independientes de que el personal de salud pertenezca a una categoría profesional u otra, al ámbito de la Atención Primaria o al de la Atención Hospitalaria, en un contexto de urgencia o en una consulta programada, en atención ambulatoria o de ingreso. El conjunto del sistema y de los y las profesionales están implicados en poder colaborar con los tres pilares de la prevención.

La violencia de género es un problema que impacta sobre la salud de las mujeres de forma significativa. Aun siendo así, no podemos olvidar que se enmarca en un problema social que supera y engloba a lo estrictamente sanitario. Eso nos obliga a tener una visión amplia donde un o una profesional de forma aislada no puede abordar el problema en su conjunto. Y tampoco el sistema sanitario solo podrá hacerlo. Las interfases entre profesionales y servicios siempre son ámbitos que precisan especial cuidado y nos generan al menos, cuatro nuevos retos:

- La atención es responsabilidad de cualquier profesional y servicio que detecten el problema en una **actuación inicial básica**.
- El adecuado acompañamiento por parte de los servicios con mayor longitudinalidad y continuidad asistencial en una **actuación de apoyo y seguimiento**.
- La **implicación de otros servicios y recursos sanitarios** por los que transita la paciente en su proceso de atención.
- La **coordinación** con otros recursos del sistema de protección social, servicios jurídicos y policiales que faciliten un abordaje del caso en todas sus vertientes con eficacia.

Asegurar los tres niveles de actuación y colaborar en superar los cuatro retos es motivo de este capítulo de la presente guía.

1. PREVENCIÓN PRIMARIA

¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de mujeres que sufren violencia por el hecho de pertenecer al género femenino en una cultura machista?

La violencia de género es un problema social estructural, de extremada complejidad y de causa multifactorial. La prevención primaria es un reto social fundamentado en causas personales y comunitarias de fuerte enraizamiento social. En este sentido, sólo la transformación de los valores en torno a la igualdad en un contexto cultural cambiante, puede hacer que la sociedad camine hacia actitudes y acciones igualitarias. El empoderamiento progresivo de las mujeres debe seguir avanzando y constituye la meta hacia la que la prevención primaria debe mirar para superar este reto.

Cuando hablamos de prevención primaria estamos refiriéndonos a colaborar con un doble reto social:

Vivimos en una sociedad violenta donde ésta se ejerce como forma de relación y resolución de los conflictos. Visibilizada en múltiples formas: acoso entre compañeros y compañeras (bullying), violencia contra las personas mayores, violencia de hijos e hijas a progenitores violencia política e institucional, etc. Tendremos que actuar sobre la violencia estructural como forma legitimada de relación para poder actuar sobre la violencia contra las mujeres.



Vivimos en una sociedad patriarcal y machista donde el género condiciona las relaciones sociales, los intereses, las motivaciones, las actitudes, etc. Y también la forma de enfermar, la atención sanitaria y la organización social de los cuidados. La expresión máxima de pérdida de salud se manifiesta en los asesinatos de mujeres por parte de sus parejas y exparejas y otras expresiones de máxima crueldad con importantes secuelas físicas y psicológicas. Los comportamientos machistas generan un deterioro importante de los indicadores de salud percibida en muchas mujeres.

Por todo ello el personal de salud debe trabajar para fomentar la igualdad, promover la autonomía, el empoderamiento y la dignidad de las mujeres siendo conscientes de esta dinámica de poderes. Actuando sobre las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres, reafirmando su valor como personas, escuchando, dando credibilidad y acogiendo con responsabilidad sus relatos y sus síntomas para ayudarles a tomar sus propias decisiones.

Los y las profesionales de la salud debemos incorporar la perspectiva de género también en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Ser conscientes que mujeres y hombres no enfermamos igual y no tenemos las mismas herramientas para enfrentarnos al cuidado y autocuidado. Progresivamente las investigaciones tienen más en cuenta los aspectos diferenciales de género y estos deben ser incorporados en nuestras prácticas asistenciales.

El abordaje preventivo de la violencia es una cuestión compleja con intervención tanto en el ámbito individual, familiar y comunitario. Y en los tres tiene incidencia el sistema sanitario, pero no será solo ni de forma independiente como se podrá empujar ese cambio. El sistema educativo, los medios de comunicación, el sistema judicial y la política deben estar implicados y coordinados en ello. El cambio hacia una cultura igualitaria tiene que impregnar a toda la estructura social y exige el compromiso de gobiernos, instituciones y ciudadanía. En este punto, existen plataformas sociales donde diferentes colectivos trabajan de forma coordinada por la igualdad. Será necesario que el sistema sanitario participe en estas instancias con una doble actitud: reconocer lo que otros pueden enseñarnos para trasladarlo a nuestra organización y, por otra parte aportar lo específico de nuestro saber en las instancias sociales para impulsar un cambio. En esta mirada comunitaria la Atención Primaria tendrá un papel fundamental por su esencia, la formación de sus profesionales y la capacidad de acción en los ámbitos más locales.

1.1. IDENTIFICAR SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Las actuaciones que se presten a las mujeres en situaciones de violencia de género tienen que estar libres de estereotipos sexistas, puede afectar a cualquier mujer, no existiendo un perfil de mujeres en situación de maltrato, por lo que es más apropiado hablar de situaciones de mayor vulnerabilidad.

El personal de salud tiene que tener presente que hay mujeres que presentan mayor dificultad para acceder a los servicios sanitarios. Para identificar a estas mujeres se alude a la dimensión de la interseccionalidad, desde donde el maltrato es producto de la intersección e interdependencia de los ejes de desigualdad de clase, raza y/o género. El reconocimiento de estos factores puede ayudar a prevenir o disminuir esta violencia:

- Situaciones relacionadas con los cambios vitales: el noviazgo, el proceso de embarazo, parto y puerperio, el proceso de separación y la jubilación.
- Situaciones relacionadas con la dependencia, la diversidad funcional, la migración, las dificultades laborales o de desempleo, el aislamiento social, la dependencia económica. En definitiva, las situaciones de riesgo de desprotección de explotación y de exclusión social.

Por tanto, las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio, así como las mujeres inmigrantes, las mujeres con diversidad funcional física o mental, las que padecen enfermedades mentales o adicciones, las mujeres que viven en núcleos rurales, y las mujeres mayores son susceptibles de mayor vulnerabilidad y deben estar especialmente consideradas en las acciones de prevención primaria.

1.1.1. Embarazo

En una relación en la que se sufre violencia, “el embarazo es una etapa de especial susceptibilidad y riesgo. En ocasiones, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Esta violencia puede suponer graves consecuencias para el desarrollo del feto y para el recién nacido, además de las graves consecuencias físicas y psicológicas habituales. Podemos afirmar que la violencia de género constituye un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo por suponer un aumento de la morbilidad materna y perinatal” ¹⁴.

El embarazo es un momento de especial vigilancia para la prevención y detección de la violencia de género ya que su seguimiento facilita que los y las matronas tengan un mayor contacto y relación con las mujeres y se convierten en profesionales de referencia que puedan observar cualquier signo de alarma a lo largo de este seguimiento. En los cursos de preparación al parto deben abordarse temas como la relación de pareja, la corresponsabilidad, la parentalidad positiva, el buen trato o la violencia.

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

¹⁴ Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes ...
www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI234057&id=234057



Es importante que en el proceso de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio tengamos en cuenta la violencia como causa de problemas de salud y que ofrezcamos la posibilidad de que pueda ser verbalizado por parte de la mujer para hacer un adecuado enfoque del problema. Los y las profesionales de la salud que atienden este momento **es importante que estén en continua alerta de los síntomas y signos específicos de violencia durante el embarazo, parto y puerperio** en un ambiente en el que las mujeres se sientan seguras indagando en este tipo de situaciones siempre que se sospechen.

1.1.2. Migración

Existen factores y contextos específicos de los procesos migratorios que sitúan a las mujeres en lugares de mayor indefensión frente a la violencia.

La inseguridad de su situación personal, situaciones administrativas irregulares y el miedo de ser expulsadas del país, el desconocimiento de sus derechos y recursos, la mayor dificultad de acceso al sistema sanitario, a los servicios sociales, la falta de redes, la dependencia económica del agresor o las barreras lingüísticas son algunos de los factores sociales que inciden en encontrar dificultades añadidas para escapar de la espiral de la violencia machista.

La mujer migrada que sufre maltrato además debe enfrentarse a un duelo migratorio, en el que va a perder referentes en cuanto al apoyo social (familia, amistades.), se enfrenta a discriminaciones, además de preocupación permanente en caso de menores a su cargo en el lugar de origen.

Hay que tener en cuenta que las ideas y prácticas que desarrollen estas mujeres dependen de los significados de la salud de los países de origen donde la cultura o religión puede influir en la práctica del cuidado. Las situaciones de inmigración son ya un factor de riesgo para la salud.

Dentro de nuestras actuaciones es conveniente reconocer aspectos culturales y establecer criterios de sospecha cuando se observe:

1. Falta de control sobre la salud reproductiva y sexual.

- Mujeres a las que no les autoriza su pareja a utilizar métodos anticonceptivos.
- Precariedad económica para costear métodos anticonceptivos.
- Falta de información, por falta de estudios.

2. Falta de control sobre la economía familiar.

- Mujeres con prohibición de trabajar por parte de su pareja.
- Mujeres a las que no les autoriza la pareja a decidir sobre la economía familiar, aunque tengan ingresos propios.

En algunos colectivos de inmigrantes hay que tener presente la mutilación genital femenina, como una forma terrible de violencia contra las mujeres.

1.1.3. Diversidad funcional

Actualmente se adopta la nomenclatura diversidad funcional como “personas que funcionan de una manera no habitual, en vez de aquella acepción según la cual carecen de capacidades”.

En España, las mujeres ya constituyen el 59,8% de las personas con discapacidad. En Euskadi, el 11,5% de las mujeres residentes presentan algún tipo de dependencia o limitación, según la Estadística de Demanda de Servicios Sociales (EDSS), Encuesta de Necesidades Sociales (ENS) de 2014.

La macro encuesta de violencia contra la mujer 2015 dedica un capítulo a las mujeres con discapacidad, aunque el porcentaje de entrevistadas en esta circunstancia era solamente del 4,5% muy inferior al real y tan sólo se ha incluido dentro de este grupo a aquellas que poseen un reconocimiento de discapacidad. Esta investigación concluye que las mujeres con discapacidad acreditada, es decir, superior al 33% presentan una prevalencia de cualquier tipo de violencia en la pareja superior al resto de las mujeres tanto en el momento actual, como a lo largo de la vida.

El II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual, constató la necesidad de elaborar un marco integrador donde se incorpore el triple enfoque desde la perspectiva de derechos humanos, género y discapacidad, que permita que las políticas y los servicios que se desarrollen en materia de violencia contra las mujeres estén pensadas para todas las mujeres y niñas, integrando las peculiaridades y posiciones de las mujeres con diversidad funcional.

Factores que incrementan el riesgo de violencia de género en general para todas las discapacidades:

- La mayor dependencia de la asistencia de otras personas que, en ocasiones, pueden ser quienes les maltratan, con el miedo a la pérdida de cuidados que conlleva la ruptura.
- Percepción por parte de las mujeres con diversidad funcional de que están en deuda con las personas que les prestan asistencia y/o con aquellas de las dependen económicamente.
- La percepción por parte del agresor de una mayor indefensión.
- Menor autoestima y empoderamiento.
- Mayores dificultades para la participación social y para la autonomía económica.
- Dificultades en el acceso a la educación y/o al mundo laboral, produciéndose así una mayor dependencia económica. Menor prevalencia de trabajo fuera de casa, lo que les aísla en el ámbito



doméstico e incrementa sus posibilidades de sufrir dependencia económica respecto de su agresor.

- Mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a: problemas de comunicación, existencia de códigos comunicativos diferentes y falta de información sobre la violencia.
- Hay que tener en cuenta la situación de las mujeres que no tienen discapacidad, cuyos hijos/as sí la presentan.
- Las mujeres que inicialmente no tienen discapacidad, y la adquieren como consecuencia de una situación puntual o reiterada de violencia, pueden encontrarse en ese momento en una situación de especial indefensión, dada la nueva situación sobrevenida.
- Tendencia social a dar menor credibilidad a las situaciones manifestadas por las mujeres con discapacidad, especialmente en algunos casos, en función de la discapacidad concreta de la que se trate.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a las mujeres y su negación en las mujeres con discapacidad.
- Falta de foros adaptados a sus necesidades donde compartir sus experiencias de vida y aprender a su vez de la de las demás.
- Políticas públicas sin perspectiva de la discapacidad y tendencia a homogeneizar las necesidades de las mujeres con distintas discapacidades.
- Servicios y recursos públicos no accesibles.
- Carencias en la sensibilización y formación de profesionales susceptibles de atender a víctimas de violencia de género con discapacidad: sector educativo, de la salud, jurídico, social, de las fuerzas y seguridad pública, etc.

Recogemos la necesidad de incorporar esta perspectiva de la discapacidad y evitar la tendencia a homogeneizar las necesidades de las mujeres en los servicios sanitarios. Hay que realizar un esfuerzo para garantizar el derecho a la información, haciéndola accesible y adaptada, trabajar con una perspectiva desde el empoderamiento y autonomía personal de estas mujeres, incluir en los protocolos de coordinación la diversidad funcional, prestar especial atención a la exclusión y el aislamiento que muchas veces padecen, mejorar el proceso de intervención y atención desde el primer momento de la recepción de la demanda y realizar una escucha activa de las necesidades. No hay que olvidar, por ejemplo, que las mujeres con discapacidad habitualmente acuden a la consulta acompañadas por su pareja. Por ello, es preciso que busquemos espacios de intimidad para poder valorar las situaciones de malos tratos.

1.1.4. Trastorno Mental Grave (TMG)

En las guías de actuación ante la violencia de género en los servicios de Salud Mental queda reflejada la relación directa e indirecta que tiene la violencia de género sobre las mujeres con una enfermedad mental. Aun así, la enfermedad mental es un concepto muy amplio que abarca múltiples diagnósticos tanto en psiquiatría como en psicología. Esta guía se centra en la vulnerabilidad y el abordaje específico de la violencia de género en mujeres con el diagnóstico de trastorno mental grave (TMG).

Una mujer que padece un trastorno mental grave es una paciente especialmente vulnerable, lo que dificulta enormemente su abordaje a nivel sanitario y social. Entre los factores de riesgo específicos de este colectivo se encuentran:

1. Doble victimización: Enfermedad mental y ser mujer.
2. Menor credibilidad que se le da a su relato por parte de las y los profesionales.
3. Mayor dependencia de la asistencia de otras personas, frecuentemente de sus parejas. Carencia de autonomía y/o carencia de empleo.
4. La tendencia a la psicopatologización.
5. Mayor dificultad de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y al estigma asociado a ella. Menor nivel educativo.
6. Menor grado de autoestima y reconocimiento personal, secundario a la discriminación social que sufren.

El diagnóstico de TMG se basa en criterios específicos. Las dimensiones que constituyen el TMG, en su definición de mayor consenso en la bibliografía, son:

- Diagnóstico clínico, fundamentalmente trastornos psicóticos.
- Duración del trastorno, normalmente superior a 2 años.
- Discapacidad, es decir, la disfunción moderada o severa en el funcionamiento de la mujer a nivel social, familiar y laboral.

Las mujeres diagnosticadas de un TMG sufren 4 veces más violencia por parte de la pareja o expareja que las que no están diagnosticadas, y la violencia es más grave. Estudios de prevalencia de este tipo de violencia en estas mujeres revelan datos de un 40,3% en los 12 meses previos a la entrevista y 74,1% a lo largo de sus vidas.

Ante cualquier intervención en este colectivo hay que tener en cuenta que:

- Son patologías que se inician en la adolescencia o juventud y a menudo persisten durante toda la vida.
- El impacto del TMG en sus vidas, sus familias de origen y en la creación de sus propias familias, en sus relaciones sociales, la integración laboral, el alcance de metas personales, e incluso la libertad y toma de decisiones personales.



- Sufren asimismo problemas de salud física de forma más precoz y frecuente que la población general, así como riesgo de suicidio y muerte violenta.
- Sufren un elevado riesgo de exclusión social, estigma y discriminación en muchos espacios, inclusive los sanitarios.

1.1.5. Las adicciones

Se estima que el 80% de las mujeres con problemas de adicciones sufren violencia de género. Los estudios de prevalencia realizados a partir de una gran variedad de fuentes (encuestas nacionales, con muestras de la comunidad o de grupos específicos de población) han establecido de manera sólida la coexistencia del consumo de drogas y la violencia de género¹⁵.

Las mujeres con adicciones padecen una doble victimización, por ser mujeres y por ser adictas. Se ven envueltas en el círculo de la violencia y la adicción. Por un lado, las mujeres adictas están más expuestas a la violencia física y sexual y por otro, la violencia de género aboca a la adicción¹⁶. Al mismo tiempo, debido a las construcciones de género, sufren instrumentalización de su sexualidad. Mientras que los hombres tienden a la agresividad y a la transgresión violenta en forma de robo o atraco para autofinanciarse el consumo, las mujeres tienden a utilizar su sexualidad y sus cuerpos para seguir consumiendo¹⁷.

Socialmente, actitudes como el abuso de sustancias u otras adicciones consideradas impropias para los hombres, son inadmisibles en las mujeres. Por ello, las mujeres adictas padecen un mayor estigma social, tienen mayor sentimiento de culpa, mayor presión familiar y están más invisibilizadas que los hombres adictos.

Dichas mujeres acceden con menos frecuencia que los hombres a los recursos asistenciales de las adicciones y la adherencia al tratamiento es inferior¹⁸. El hecho de que los programas de tratamiento hayan sido diseñados desde una perspectiva androcéntrica, sin reparar en las necesidades específicas de las mujeres, una fuerte dependencia del compañero aunque existan malos tratos y el miedo a perder la custodia de sus hijas e hijos son las principales barreras identificadas¹⁹.

¹⁵ Rivera, E. A. 2015

¹⁶ Simonelli Alessandra. 2014.

¹⁷ Salamanca Fernández Alicia. 2017.

¹⁸ Center for Substance Abuse Treatment. 2009.

¹⁹ Gobierno Vasco. Departamento de Salud. VII Plan de Adicciones. 2017.

En cuanto a la protección de las mujeres que sufren violencia de género, las medidas puestas en marcha desde los servicios sociales tienen dificultades para atender adecuadamente a las mujeres adictas. La prohibición de los consumos en los espacios residenciales hace inviable el acceso de estas mujeres que, además de la protección frente a la violencia, requieren el tratamiento de su adicción.

Por todo lo anterior, resulta imprescindible establecer medidas que den soporte de manera efectiva a las víctimas, teniendo en cuenta todas las variables asociadas a la adicción y a la violencia de género. En primer lugar, se recomienda elaborar un protocolo para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención, y en segundo lugar, diseñar y pilotar un modelo de recurso de apoyo residencial específico para mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género ²⁰.

Otro fenómeno relacionado con el abuso de sustancias y la violencia de género es el acoso y otras violencias sexuales en los contextos de ocio nocturno donde, al operar el espejismo de la igualdad, las chicas creen que pueden divertirse libremente y sin peligro de igual manera que los hombres. Es importante dar a conocer que la mayoría de los casos de sumisión química se producen por el alcohol y que, a pesar de no ser el responsable de la violencia que se genera contra las mujeres, o entre los hombres, su consumo favorece el modelo patriarcal que conlleva el uso de la misma.

Durante años, una de las expresiones de la dominación de los hombres sobre las mujeres ha sido la alta tolerancia social a los comportamientos abusivos de carácter sexual, especialmente bajo el efecto de las drogas, que ha contribuido a invisibilizar el fenómeno. Todavía hoy en día, en los casos de violencia sexual contra las mujeres, el consumo de drogas culpabiliza a las mujeres pero legitima y desresponsabiliza a los hombres, es decir, actúa como un atenuante para el agresor y como un agravante para la víctima²¹.

Para darle la vuelta a esta situación de injusticia es necesario hacer frente a la violencia sexual de manera conjunta y coordinada desde todos los ámbitos: profesionales de diferentes sectores, administraciones públicas, entidades, sociedad civil organizada, ciudadanía en general y movimientos sociales²².

1.1.6. Residentes en municipios pequeños

En el informe Análisis e interpretación de datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres en la CAPV-Datos estadísticos 2017 se recogen los siguientes datos:

²⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020

²¹ Arana Xabier. 2017.

²² Fundación Salud y Comunidad. 2017.



El 68,93% de las victimizaciones de Euskadi se produjeron en los municipios grandes (municipios de más de 10.000 mujeres) y las victimizaciones en municipios de menos de 1.000 habitantes representaron un 2,70% del total. Ahora bien, de entre todos los municipios que registraron alguna victimización el 38,32% son de menor tamaño y en el 11,98% de los más grandes.

Tabla 4. Municipios con victimización

Nº DE MUNICIPIOS CON VICTIMIZACIONES SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO POR TT.HH. Absolutos y % 2017

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	TOTAL	%
MUNICIPIOS > 10.000 MUJ.	1	11	8	20	11,98
MUJERES 5.001 A 10.000 MUJ.	2	9	14	25	14,97
MUNICIPIOS DE 1.000 A 5.000 MUJ.	6	33	19	58	34,73
MUNICIPIOS < 1.000 MUJ.	19	30	15	64	38,32
TOTAL	28	83	56	167	100,00
% sobre total municipios	54,90	74,11	63,64	66,53	

Fuente: Departamento de Seguridad, Dirección de Coordinación de Seguridad

La última macroencuesta sobre la violencia de género publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad apunta datos relevantes sobre mujeres que han sufrido violencia de género y que viven en municipios de menos de 10.000 habitantes. En ella se indica que el 50,7% de las mujeres rurales que declaran estar en una situación de violencia de género se encuentra en una edad comprendida entre los 40 y 59 años y trabajan de forma habitual en el entorno rural.

Aunque no se conoce si la prevalencia de la violencia de género es mayor o menor en el medio rural, abordar estas situaciones es más difícil lejos de las grandes urbes. Menos información, más presión y más miedo a la hora de denunciar y peor acceso a los recursos disponibles son algunas de las barreras que afrontan las mujeres en estos municipios pequeños. La última macroencuesta refiere no encontrar diferencias significativas cuando se contrasta la frecuencia relativa de quienes han activado recursos (policía, servicios sociales o sanitarios, familiares o personas conocidas) y las que no, entre las mujeres de municipios menos poblados y municipios mayores. Tampoco se encuentran diferencias significativas por tamaño de municipio de residencia en los motivos por los que no se llegó a denunciar los hechos en la policía o los Juzgados.

Sin embargo, en estudio posterior se establecen algunos factores que se convierten en factores de riesgo para las mujeres que residen en municipios

rurales ante la violencia de género. Estas mujeres viven en contextos donde entre otras cosas están acentuados los estereotipos de género, existe un mayor control social y donde hay un acceso más restringido a los recursos disponibles, así como al mercado laboral. En el entorno rural la idea de que los problemas personales permanezcan dentro de la familia se convierte en una dificultad.

1.1.7. Envejecimiento

Entre los factores que hacen que las mujeres mayores sean consideradas un grupo vulnerable ante la violencia de género cabe señalar la dependencia económica, un mayor aislamiento y soledad, la falta de apoyo, la persistencia de los roles tradicionales de género o el daño producido por el maltrato continuado. Se ven particularmente afectadas por las tradiciones sexistas y la asunción de los roles de género tradicionales, lo que dificulta la visibilización de las situaciones de maltrato y la presentación de denuncias.

En la etapa de la jubilación, el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres intentan tener un mayor control sobre el tiempo, actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarles y atenderles. En esta etapa de la vida, hay mujeres que también pierden el apoyo cotidiano de sus hijos o hijas, lo que las hace vivir una violencia sin testigos ni mediación. Es frecuente, también, la dependencia económica de la pareja y los escasos ingresos procedentes de las pensiones de las mujeres. Las que llegan a la vejez con un deterioro en la salud o alguna discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

“... El hecho de que la mujer víctima de la violencia de género sea una mujer mayor implica un mayor grado de vulnerabilidad, una mayor dificultad de acceso a los recursos y dispositivos sociales e institucionales diseñados como respuesta, así como una serie de obstáculos específicos a la hora de salir del círculo de la violencia. La LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, considera la violencia que se ejerce contra una mujer por parte de su pareja o ex pareja como un supuesto de violencia de género sin distinción de edad. No obstante, desde un punto de vista más amplio, la categoría de violencia familiar de género contra las mujeres mayores es frecuentemente contemplada por las profesionales y los profesionales de diversos campos intervinientes en la respuesta desde una perspectiva doble: como violencia de género y como violencia contra las personas mayores. La construcción social de esas categorías es, no obstante, muy diferente. En estos casos la visión estereotipada de ambas formas de violencia (según las cuales las víctimas de violencia de género son preferentemente mujeres jóvenes o de mediana edad y la causa de la violencia contra los mayores tiene su origen en el estrés que genera el



cuidado) puede redundar en una respuesta ineficaz e incluso potencialmente peligrosa para la víctima. Esa diferente construcción social como problema de estas formas de violencia incide en la respuesta que se articula frente a las mismas: habitualmente más inclinada, en el caso de la violencia contra las personas mayores, hacia intervenciones más centradas en la compasión (terapias, apoyos a la persona cuidadora), que en el control (intervención de la administración de justicia, alejamiento del agresor), que suelen asociarse más claramente con el paradigma de la respuesta hacia la violencia de género contemplada por la LO 1/2004. Respuesta que, como debe ocurrir ante cualquier manifestación de violencia en el seno de la familia, presenta como un elemento esencial la necesidad del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia, por supuesto también cuando éstas son mayores”²³.

1.1.8. Situaciones de explotación sexual y trata de mujeres y niñas

La explotación sexual está relacionada con la desigualdad, la discriminación de género y la discriminación interseccional. Las mujeres en situación de explotación sexual mayoritariamente son mujeres migrantes con dificultades económicas y con red de apoyos muy deficientes

El anexo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad sobre actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual se señala: **La trata de seres humanos es una extendida forma de esclavitud.** Es un delito. Obtiene importantes beneficios derivados de la utilización de las personas como objeto de consumo, desplazando a las personas entre regiones y países, aprovechando su situación de pobreza, la falta de oportunidades, la desigualdad y la discriminación que padecen, fundamentalmente mujeres y niñas. Son las causas estructurales relacionadas con la feminización de la pobreza, el desempleo y el endeudamiento lo que concurre en la trata.

La forma más extendida de trata es aquella que tiene como finalidad la explotación sexual, llegando a ser las víctimas en el 95% de los casos mujeres y niñas. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) estimó que 40,3 millones de personas han estado sometidas a la esclavitud moderna (explotación laboral, matrimonio forzado, y explotación sexual). La mayoría de las víctimas de la UE (65%), principalmente de Rumanía, Bulgaria, Países Bajos, Hungría y Polonia. Gran parte de las víctimas de países no pertenecientes a la UE proceden de Nigeria, China, Albania, Vietnam y Marruecos.

Se considera trata de seres humanos conforme a lo dispuesto en el artículo 177 bis del Código Penal la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o transferencia de control

²³ Gracia Ibáñez, J. junio 2012.

sobre esas personas, cuando se emplee violencia, intimidación o engaño, o se abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima, con alguna de las finalidades siguientes:

- a) La imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad.
- b) La explotación sexual, incluida la pornografía.
- c) La explotación para realizar actividades delictivas.
- d) La extracción de sus órganos corporales.
- e) La celebración de matrimonios forzados.

Desde el sector salud se debe garantizar la atención sanitaria a estas mujeres víctimas de trata promoviendo la sensibilización y formación para reconocer los signos y promover actuaciones que identifiquen a estas mujeres y niñas. Estos signos y señales que podamos identificar son una fase previa a la identificación formal que siempre corresponde a la autoridad policial.

Requiere especial atención garantizar un entorno de total confidencialidad, rechazando la presencia de cualquier persona del entorno y no debemos compartir información alguna.

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La detección precoz de los casos de violencia de género es considerada una prioridad social para poder acompañar el proceso adecuadamente y prevenir complicaciones mayores. Sin embargo, la infra-detección es una realidad generalizada y además, en muchos casos se realiza con una importante demora. En Euskadi se está muy lejos de la cifra del 10% de prevalencia que indican los estudios. Esto se debe a múltiples causas, por ello es necesario implementar medidas que favorezcan una intervención temprana.

Además, existe un problema de infra-registro. Muchas de las intervenciones que los y las profesionales desarrollan no quedan reflejadas en la historia clínica de la mujer por razones de confidencialidad, complejidad de los datos, deseo de la mujer de que no quede constancia... Cuestión que dificulta la visibilización y la continuidad de los casos.

Se dan en nuestro medio circunstancias que pueden favorecer la detección en el sistema sanitario como son la accesibilidad, la atención en situaciones de especial fragilidad y la alta valoración por parte de la población en los y las profesionales



de la salud en quien saben que pueden confiar. En este sentido, se ha indicado que el contexto clínico es uno de los más adecuados para identificar situaciones de violencia, ya que muchas de estas mujeres buscan asistencia sanitaria para las lesiones y problemas de salud derivadas de las agresiones. La Atención Primaria de Salud es lugar privilegiado para detectar y acompañar este tipo de procesos siempre que se den las condiciones de longitudinalidad necesaria. Pero, no nos podemos olvidar que cualquier contexto asistencial (atención urgente, consulta externa hospitalaria u hospitalización) puede ser una oportunidad para poner encima de la mesa un problema que afecta sobremanera a la salud de las mujeres.

2.1. ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ: PREGUNTAR

No existe un claro consenso respecto a la recomendación de hacer un uso universal del cribado (screening) en contextos sanitarios. Constituye un asunto controvertido a causa de la insuficiente y poco concluyente evidencia científica acerca de sus beneficios y perjuicios.

La OMS²⁴ no lo recomienda como práctica habitual. Sin embargo, la Task Force²⁵ americana sí recomienda el screening en mujeres en edad fértil con moderados beneficios reconociendo la ausencia de evidencia de efectividad en mujeres que han pasado la edad fértil. Si bien algunas Comunidades Autónomas lo han implementado en su ámbito, los resultados y valoraciones no son concluyentes para su generalización por lo que la guía del Ministerio de Sanidad deja el tema abierto para su implementación.

Por todo ello, la estrategia recomendada es la búsqueda activa de casos para aumentar la detección. Lo más importante es la actitud de búsqueda y la sensibilización que facilite contemplar la violencia como un factor presente en las consultas, con atención especialmente a los grupos más vulnerables y que se han descrito previamente en esta guía. Además hay que tener en cuenta que existen situaciones que incrementan la sospecha en las que hay que mantener una actitud especialmente de búsqueda:

- Antecedentes de violencia en la infancia o con anteriores parejas.
- Antecedentes de lesiones frecuentes o utilización particular de los servicios sanitarios: periodos de hiper-frecuentación y otros de abandono, incumplimiento de citas y tratamientos, uso repetitivo de urgencias, frecuentes hospitalizaciones...
- Lesiones físicas discrepantes entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, en diferente estadio evolutivo o consultas reiteradas. Lesiones bilaterales, de patrón

²⁴ MOPS-OMS. 2006

²⁵ US Preventive Services Task Force. 2013.

central (cabeza, cuello, tórax o abdomen) y aquellas que indican una postura defensiva.

- Actitud y estado emocional de la mujer: temor, nerviosismo, tristeza, confusión, vergüenza, baja autoestima, culpabilidad,... Falta de cuidado personal.
- Quejas crónicas e inespecíficas de mala salud: cefalea, cervicalgia, dolor, mareo, molestias gastrointestinales, pélvicas, insomnio, etc.
- Problemas gineco-obstétricos: lesiones, dispareunia, abortos repetidos, bajo peso al nacer, ausencia de control de la fecundidad, etc.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Aislamiento social, escasas relaciones y exclusión social.
- Actitud de la pareja: excesiva preocupación o control o bien excesivo desapego y banalización de los hechos.
- Que los hijos e hijas sufran daños o lesiones corporales, retraso del desarrollo, enfermedades psicosomáticas, accidentes frecuentes, dificultades en las relaciones, depresión, ansiedad, intentos autolíticos,...
- Información de violencia a través de familiares, amistades u otros profesionales.

Realizando las preguntas de una forma adecuada:

- Ante todo, el manejo en consulta de una situación de sospecha que exige preguntar precisa de un extremado respeto por la mujer. Respetar sus tiempos, sus silencios, su proceso y su propia construcción vital es una actitud fundamental del o de la profesional.
- Buscando una contextualización de la pregunta de forma que el desarrollo de la entrevista nos lleve a ir introduciéndonos de forma progresiva en el asunto del maltrato que en muchas ocasiones resulta incómodo. En ocasiones la pregunta merecerá una introducción adecuada incluso para explicitar las dificultades propias del o de la profesional para realizarla.
- La pregunta debe ser lo más adecuada posible. Sabiendo que el término adecuada es diferente para cada situación y para cada persona. Existen modelos de preguntas facilitadoras, pero cada profesional debe buscar aquellas con las que se encuentre más cómodo o cómoda y se realice de forma natural.
- El espacio de consulta debe asegurar la confidencialidad para poder facilitar la expresión lo más libre que se pueda.



- Dedicando el tiempo que cada situación precisa. El factor tiempo tiene sus limitaciones en las consultas y se debe gestionar con destreza en cada situación para abordar las cuestiones claves y dejar otras para otro momento o profesional.
- Desde un abordaje directo y sin eufemismos que contemple la violencia como un escenario posible abordable en el contexto clínico.

El cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool), herramienta de cribado y diagnóstico que identifica y valora el abuso emocional y/o físico por parte de la pareja en las mujeres usuarias de los servicios sanitarios, ha sido validado en español. A pesar de que sus datos de sensibilidad y especificidad ofrecen dudas sobre su efectividad en nuestro medio, las dos preguntas iniciales del WAST sirven de orientación para el inicio de la intervención:

1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?
2. Usted y su pareja ¿con qué grado de dificultad resuelven las discusiones?

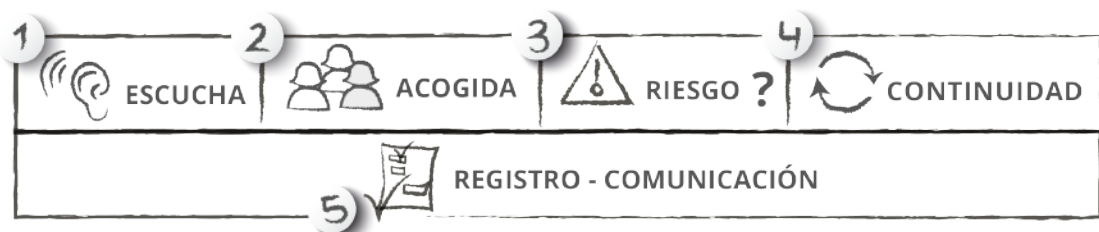
3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Una vez que el caso ha sido detectado se establece un protocolo de actuación que permite proceder de una forma estructurada y homogénea para asegurar un proceso de atención adecuado y una minimización de las consecuencias de la violencia.

La valoración debe ser global asegurando la continuidad y la integralidad respondiendo a las necesidades de la mujer.

Se propone la consulta mínima de inicio a desarrollar por el personal de salud que detecta el caso y la consulta de actuación de Apoyo y Seguimiento, reservada para profesionales de referencia para la paciente que puedan hacer una valoración y plan de acción a más largo plazo.

3.1. ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA



Está diseñada para cualquier profesional que realice la detección de un caso. Pretende sistematizar la intervención y ofrecer un esquema sencillo de actuación a quien no se ha encontrado con este tipo de procesos o no dispone del tiempo y la longitudinalidad suficiente para poder desarrollarlo.

Esta intervención se pondrá en marcha independientemente del contexto asistencial en que se produzca: urgencias, atención primaria, consulta externa, hospitalización u otro.

Sus ítems pueden ser desarrollados en distinto orden o con la habilidad propia de cada profesional, pero será importante asegurar que todos los ítems han sido atendidos.

La actuación inicial básica incluye:

- **ESCUCHA** a la mujer. La escucha activa y empática es en sí misma una herramienta terapéutica de primer nivel. Dedicar un tiempo a la escucha en un lugar adecuado prestando atención a lo que dice y a cómo lo dice. Asegurando la confidencialidad. Reconociendo sus preocupaciones, sus necesidades y sus expectativas en este momento del proceso. También se deben explorar mínimamente los apoyos familiares, materiales y sociales que la persona tiene y que valora como un recurso para poder solicitar ayuda si la necesitara.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA.** El o la profesional establece un clima de confianza manifestando que entiende la situación; manifiesta su posicionamiento firme contra todo tipo de violencia y la desaprobación a este tipo de comportamientos disculpabilizando a la mujer; asigna sus síntomas a la situación de maltrato y no busca otras causas de estos cuando no es razonable que éstas existan; abre la posibilidad de cambio y mantiene la esperanza en la mejoría de este tipo de situaciones.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS.** Es importante evaluar los riesgos para la vida de la mujer y de sus hijos e hijas. Atender los signos y síntomas de urgencia vital si los hubiera y el riesgo psicológico que en su máxima expresión sería el riesgo de suicidio. Hay que tener en cuenta que la situación social también puede verse en peligro por la relación con el agresor, la falta de seguridad, el aislamiento y la situación de los hijos e hijas si los hubiera. Todas estas situaciones requerirán la coordinación y remisión a los servicios de urgencias, para valoración física, psicológica o social en los distintos recursos existentes en la Comunidad, sin olvidar los servicios municipales para la atención de urgencias sociales.

Cuando exista una agresión sexual reciente la víctima deberá ser derivada lo antes posible al hospital más cercano, para valoración ginecológica y forense (Ver apartado "Proceso de actuación ante agresiones sexuales").

En cualquier caso, siempre que se remita la paciente a otro servicio se hará de forma coordinada y en el momento adecuado, garantizando la seguridad y extremando la confidencialidad.



- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Se debe asegurar la continuidad de la asistencia buscando que la mujer pueda seguir siendo atendida por su profesional de salud de referencia que pueda hacer una intervención de apoyo y seguimiento pausado y planificado. Esta derivación se realizará de forma proactiva, no sólo recomendando a la paciente ponerse en contacto con su profesional. Se establecerán canales de comunicación que faciliten que su profesional habitual tenga conocimiento de la situación y tome partido en el asunto. En el Sistema Vasco de Salud será la Atención Primaria quien pueda ofrecer la intervención que asegure la continuidad y el acompañamiento necesario al proceso la mayor parte de las ocasiones. Es de utilidad proporcionar información de apoyo: teléfonos, páginas web o recursos que puedan ser de interés para la mujer (Ver Anexo 4 - Recursos).
- **REGISTRO.** Toda la actuación debe quedar registrada ya que la historia clínica de la mujer es la herramienta fundamental de continuidad asistencial, de aporte de información a la propia mujer o a las instancias judiciales y en muchos casos el inicio de la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos. Además, el registro es una fuente de información que sirve para visibilizar y conocer la prevalencia real del problema. Es responsabilidad del y de la profesional codificar el maltrato de forma adecuada preservando la confidencialidad y la seguridad de la mujer (Ver Anexo 4 - Registro).
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.** El o la profesional responsable de la asistencia cumplimentará el modelo de parte de lesiones correspondiente informando a la mujer y enviando una copia al juzgado, teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:
 - Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
 - Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
 - Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital.

Estas consideraciones quedan desarrolladas en mayor profundidad en el apartado de cuestiones éticas y en el anexo de Parte de lesiones (Ver Anexo 2).

Hay que tener en cuenta que esta comunicación sirve para que el sistema judicial desencadene un proceso cuyo fin es el castigo de la comisión de un delito, lo que nunca sustituye al plan de acción para colaborar en la

recuperación de la mujer en su salud, en el más amplio sentido de la palabra. En el caso de las agresiones sexuales la comunicación judicial se explicita en el apartado “Proceso de actuación ante agresiones sexuales”.

3.2. ACTUACIÓN DE APOYO Y SEGUIMIENTO



Una vez que el o la profesional que detecta el caso ha desarrollado la actuación inicial básica es momento de asegurar la continuidad en el contexto asistencial más próximo a la mujer y que mejor asegure la longitudinalidad de la atención. En la mayor parte de los casos esas circunstancias se dan en la Atención Primaria y serán las y los profesionales de medicina y enfermería de familia quienes desarrollan la fase de **APOYO y SEGUIMIENTO**.

En algunas mujeres que estén siendo atendidas por la Unidades de Salud Mental podrá ser este espacio el responsable de la actuación y seguimiento de apoyo en coordinación con sus profesionales de referencia en Atención Primaria.

La actuación de apoyo y seguimiento está estructurada en las siguientes acciones:

1. EVALUACIÓN

Es momento de retomar lo realizado en la consulta inicial básica para fortalecer lo conseguido y abordar nuevos retos:

- **ESCUCHA** en similares condiciones, pero ayudando a retomar el relato y reelaborar el proceso vivido entrando en detalles de antecedentes y situación actual en la que la mujer se encuentra. Será importante determinar los tipos de violencia sufridas y el momento del ciclo de la violencia en el que se encuentra. Cuestiones claves que pueden influir en el plan de acción a establecer.
- **ACOGIDA** en similares condiciones manifestando nuestra posición clara y rotunda de rechazo de todo tipo de violencia.

Expresando el apoyo explícito, pero sin ofrecer lo que no se pueda cumplir o lo que no esté al alcance conseguir.

Desculpabilizando a la mujer que durante largo tiempo ha sufrido la violencia como supuesta consecuencia de sus actos según su maltratador. Explicitar la falta de culpa es liberador y necesario para el proceso terapéutico de quien ha sufrido violencia de género.



Reelaborar los síntomas y contextualizar la violencia como razonable causa de ellos.

- Retomar la situación para volver a evaluar los **RIESGOS**: físicos, emocionales y sociales. Una exploración detallada que permitirá abordar situaciones urgentes y prevenir otros riesgos que podrán venir en el futuro.

Es importante objetivar los riesgos y también la percepción que la mujer tiene de ellos. Cuando los riesgos percibidos por el y la profesional no son contemplados por la mujer éstos se pueden agravar y llevar a situaciones de extremo peligro. Será momento de escenificar algunas de las posibles situaciones que pudieran darse en el futuro para dotar a la mujer de herramientas que le permitan reflexionar sobre ellos y actuar si llegara el caso.

- Evaluar los **APOYOS** y oportunidades con los que la mujer cuenta. Es momento de explorar sus relaciones familiares y de amistad, las personas que conocen la situación en mayor o menor medida, los recursos disponibles en la comunidad... Dar la importancia que tienen esos apoyos ayudará a la protección de la mujer y a que se sienta empoderada para las situaciones que pudieran ocurrir.
- Cualquier **PROCESO DE CAMBIO** tiene unas fases y unos ritmos que es bueno evaluar para hacer propuestas de acción adecuadas al momento que la mujer está viviendo. El modelo de Prochaska y DiClemente ayuda a ello porque es utilizado con frecuencia en el medio sanitario para abordar la deshabituación tabáquica (modelo de cambio de conducta). Si bien no son situaciones equiparables (no es lo mismo la dependencia a una sustancia que una situación de relación de pareja violenta), este modelo de cambio ofrece una estructuración en fases que permite tomar conciencia del momento en el que se encuentra la mujer:
 - Cuando la mujer no reconoce la violencia como problema es la **Fase de pre-contemplación o de relación con abuso aceptada**. Puede no ser consciente de su problema, darle poca importancia o aceptarlo como inmodificable o inevitable. Lo característico de esta etapa es la aceptación de la relación en la que se produce el maltrato porque se valora como algo aceptable o poco problemático o porque se ve como algo inevitable e imposible de cambiar. Es habitual que la mujer esté intentando que las cosas mejoren centrando su acción en que su pareja cambie. Por todo ello, muchas veces la violencia se mantiene en secreto e intenta afrontarla sola.
 - En la **Fase de contemplación o de relación de abuso cuestionada** la mujer empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva,

aunque no se ha comprometido con el paso a la acción, no sabe qué ni cuándo puede empezar a hacer algo. Muchas mujeres en esta fase reconocen el abuso para sí mismas, pero prefieren que sea secreto e intentan que el agresor busque ayuda para cambiar. La dinámica de fondo de esta etapa es el cuestionamiento de la idea de que su pareja va a cambiar con el tiempo y de que merezca la pena seguir así. Sólo cuando las mujeres se convencen de que la relación no cambiará, empiezan a planificar su marcha.

- En **Fase de preparación o de decisión de cambiar la relación**, además de ser consciente del problema, toma la decisión de cambiar su conducta y puede ir diseñando un plan a realizar para abordar la situación.
- Cuando llega la **Fase de acción** ya hay un plan de cambio establecido que se empieza a poner en práctica. Modifica su conducta, experiencia o entorno a fin de superar el problema. Elige romper el vínculo que le une con su maltratador o luchar por una vida sin violencia dentro de la relación, pero lo hace sin esperar ya colaboración por parte de su pareja.
- Y durante la **Fase de mantenimiento** se establecen y consolidan esos cambios pese a los obstáculos que se presenten. Esta etapa implica consolidar los pasos dados, prevenir las recaídas y establecer un proceso de reconstrucción vital. El objetivo final es consolidar una vida sin violencia.

Durante la fase de acción y mantenimiento se extienden en un ciclo de 3 etapas:

- Aunque la mujer ha emprendido cambios para vivir sin violencia, se mantiene el abuso.
 - La situación de abuso desaparece.
 - El tiempo para proseguir la reconstrucción vital
- En algunos casos puede producirse una **Fase de recaída** que se manifiesta por dar marcha atrás a cambios establecidos e incluso volver a generarse situaciones de violencia que obligan a manejar el problema desde las fases anteriores. El círculo del cambio se cierra porque tras la recaída vuelve a establecerse un nuevo proceso de cambio que no se suele iniciar en pre-contemplación sino que va directamente a contemplación o preparación por la experiencia previa vivida.



ALGORITMO 3

PLAN DE ACCIÓN



VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADA
PLAN DE ACCIÓN



En el trascurso de este proceso puede haber avances y retrocesos. Las etapas son orientativas y no siempre se presentan de forma nítida y unívoca. Valorar en qué punto está la mujer facilita la intervención adecuada.

2. PLAN DE ACCIÓN

Teniendo en cuenta la fase del cambio en la que se encuentra la mujer se propone un plan de acción genérico que pueda servir de ayuda al o a la profesional para establecer pautas a seguir. Cada situación y cada profesional deberá adaptarse a las necesidades y condicionantes que se presenten.

- **FASE DE PRECONTEMPLACIÓN.** El objetivo en esta fase es fomentar la duda respecto a la aceptabilidad de la situación de maltrato. Aumentar la conciencia de que es un problema importante y disminuir la tolerabilidad.

En muchas ocasiones cuando una mujer solicita ayuda en esta fase es por presión de una tercera persona.

La intervención breve consiste en hacer una devolución a la mujer de su estado de salud relacionando el motivo o síntoma con la situación de violencia y así, identificar el maltrato con la pérdida de salud. También, puede ser necesario hacer una toma de postura personal manifestando la no justificación de la violencia y que la mujer disponga de una persona referente explícita que le haga replantearse sus creencias. Explorar la situación de abuso con detalle y enumerar las circunstancias vividas es una herramienta terapéutica en sí misma al aumentar la visibilidad de lo explorado. Explicar el círculo de la violencia puede hacer que muchas mujeres reconozcan la secuencia de su vida y objetiven los momentos malos de su relación.

No se deben proponer derivaciones ni comunicaciones excepto que haya una situación de alto riesgo que lo requiera. Es importante dejar la puerta abierta para retomar el tema en el futuro y proponer información general acerca del derecho al buen trato.

Dependiendo de las circunstancias se puede explorar el conocimiento de algunas medidas a tomar ante una posible situación de violencia extrema: la disposición de personas a quién recurrir, el conocimiento de números de teléfono y organismos donde pedir ayuda de forma urgente o formas de proteger a las y los menores cuando existan. Dialogar sobre estas medidas ayudará a que le permita tomar mayor conciencia de la situación.

- **FASE DE CONTEMPLACIÓN.** El objetivo es aumentar la toma de conciencia y solucionar la incertidumbre a favor de establecer cambios.

Se puede hacer una identificación de las razones para seguir o no con la relación como ejercicio de reflexión. Analizar los obstáculos y los miedos para el cambio revisando tanto las dificultades actuales como las que hubo en los intentos previos.



Hay que revisar las redes sociales que la mujer tiene y cómo se posicionan ante la situación que la mujer está viviendo. Cuando existen personas cercanas sus opiniones son fundamentales para emprender cambios, especialmente las de sus hijos e hijas cuando por su edad así lo permite.

Establecer contactos con agentes sociales e institucionales que disponen de recursos permite a la mujer dibujar las opciones y sentirse arropada por una red que facilita el cambio.

Explorar expectativas de futuro y objetivos permite poner sobre la mesa la discrepancia entre el momento actual y sus proyectos.

Desarrollar la idea de que su pareja cambie entrando en detalles de cuándo, cómo y a qué ritmo puede poner en evidencia la discrepancia sobre la experiencia de cambio vivido y facilitar la toma de decisiones.

Manejar la ambivalencia mediante el modelo de la entrevista motivacional permitirá que sea la propia mujer la que presente las razones para cambiar y no el o la profesional quien imponga sus propios criterios.

Es importante establecer un plan de seguridad y huida en caso de que se produjera una situación de riesgo que así lo requiera:

- Disponer de un teléfono móvil y de los números de los organismos policiales, asociaciones de víctimas, familiares o personas de confianza, que sepan que una llamada suya puede significar una situación de riesgo.
- Tener un plan de huida donde tener preparado con antelación documentación, ropa, llaves de casa, informes médicos y medicamentos y, si las hubiera, denuncias previas. Dinero y tarjetas de crédito.
- Si tiene hijos o hijas preparar todo aquello que pudieran precisar ante la huida o establecer con ellos o ellas situaciones de alerta que obliguen a la salida de la casa.

- **FASE DE PREPARACIÓN.** El objetivo es acompañar a la mujer para ayudar a determinar el mejor plan a seguir para poder implementar algunos cambios.

Es momento de analizar la situación actual de la forma más objetiva posible y escuchar los planes de la mujer valorando los pasos realizados. Anticipar problemas y objetivar los riesgos especiales que este momento puede tener. Es imprescindible valorar y consensuar la derivación y/o coordinación con trabajador o trabajadora social de salud y/o servicios sociales para tener en cuenta los recursos disponibles en la zona.

En esta situación, es tiempo de trabajar sobre la ambivalencia que como es lógico aparece frecuentemente en esta fase de cambio. Evitar

la precipitación o la persuasión, valorar las expectativas de la mujer y estudiar con detenimiento los contextos ayudarán a poder tomar decisiones firmes y medidas.

De la misma manera que en la fase anterior, el plan de seguridad y huida deberá ser valorado con la mujer por la violencia que se pudiera producir.

- **FASE DE ACCIÓN.** El objetivo de esta fase es acompañar a la mujer en sus acciones de cambio para que no se sienta sola y ayudarle a reafirmar su proceso.

Se trata de generar y favorecer afirmaciones auto-motivadoras que den seguridad a la mujer. Es momento de explicitar sus preocupaciones y sus esperanzas para poder enfrentar las situaciones con realismo. Mirar hacia atrás ayudará a visualizar el camino recorrido y poner en valor el momento actual. Mirar hacia adelante permitirá favorecer las decisiones tomadas y replantear los objetivos si hiciera falta.

En este momento es especialmente delicada e imprescindible la priorización de la seguridad y protección de la mujer e hijos e hijas.

Las circunstancias no serán las mismas si la mujer decide luchar por una vida sin violencia dentro de la pareja o si decide romper su relación de pareja. Una u otra decisión generará conflictos, obstáculos y miedos diferentes que habrá que acompañar. Otro punto de conflicto puede ser la relación obligada por la existencia de hijos o hijas en común.

Es especialmente relevante que el plan de seguridad y huida (tal y como se ha desarrollado en la fase de contemplación) sea consensuado con la mujer ya que en la fase de acción pudiera producirse una situación de especial violencia que precisara de ser puesto en marcha.

- **FASE DE MANTENIMIENTO.** El objetivo es ayudar a mantener las acciones emprendidas, a identificar estrategias para prevenir recaídas y mantener la vigilancia del riesgo.

Si el abuso permanece a pesar de su decisión de cambio ese es el problema prioritario para abordar y gestionar, valorando el margen de maniobra que la mujer tenga. Cuando el abuso cesa cobra más protagonismo la recuperación de las consecuencias del abuso y reparar los daños causados.

Se establece un proceso de reconstrucción a nivel personal, familiar, social, económico y laboral.

Estimular una vida social normalizada dentro de lo posible de cada situación dando valor a todas las facetas de una vida saludable. Los grupos de mujeres y otros recursos comunitarios pueden ser un recurso



muy útil para evitar el aislamiento y fortalecer su voluntad de una vida libre de violencia. Analizar el ciclo de la violencia nos ayudará a proteger las recaídas en torno a las fases de luna de miel que son momentos de especial vulnerabilidad para recaer.

Muchas veces la mujer se enfrenta a un proceso de duelo por la pérdida de la pareja con sentimientos ambivalentes de extrañar a la persona que le ha maltratado. Estos sentimientos deben ser expresados y aceptados como parte del proceso de reconstrucción y nunca criticados como probablemente lo serán en su entorno por miedo a que anuncie una reanudación de la relación.

No debemos olvidar repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijas e hijos.

Es este un proceso de reconstrucción personal, familiar, social, económica y laboral.

- **FASE DE RECAÍDA.** El objetivo es ayudar a la mujer a reconducir el proceso hacia la contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralizaciones por la recaída.

Mostrar nuestra empatía y cercanía a pesar de la recaída y evitar sentimientos de fracaso son tareas fundamentales de este momento. Al igual que recordar el ciclo de la violencia, revalorizar los pasos dados y reconocer que nadie vuelve a la posición inicial, sino que el proceso ha generado cambios que ya se hacen irreversibles y esperanzadores para retomar la situación. (Ver Anexo 3).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El plan de cuidados de enfermería en mujeres que sufren violencia de género se establece como plan de intervención y seguimiento dentro del marco conceptual propuesto desde el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). Este modelo es un proceso dinámico en donde las enfermeras o enfermeros necesitan conocer las necesidades de las mujeres según las diferentes etapas por las que éstas pasan. Desde este modelo las enfermeras o enfermeros pueden entender mejor los comportamientos de las mujeres y adecuar los diagnósticos de enfermería según las etapas, brindando orientación sobre el tipo de cuidado que necesitan las mujeres y comprender las complejidades y las decisiones a las que se enfrentan, sus decisiones, deseos., teniendo muy en cuenta el empoderamiento de la mujer. Las decisiones son de la mujer y no de la persona que la atiende, siendo aquella la principal responsable en la toma de decisiones, dejando a un lado el paternalismo. Al ver a las mujeres solo como víctimas se ignoran sus fortalezas y recursos y se excluyen sus expectativas.

El proceso de cambio de comportamiento es a menudo cíclico, las mujeres progresan y recaen entre las distintas etapas antes de alcanzar exitosamente la etapa de mantenimiento. Es necesario adaptar las intervenciones sanitarias a las etapas, evitando patologizar a las mujeres. Una mujer que esté en esta situación puede pasar de la etapa de precontemplación a la de preparación y regresar a precontemplación sin llegar a la etapa de acción. Este modelo ayuda a comprender el comportamiento de la mujer y, por ello, permite acompañar y apoyar a las mujeres sin empujar en una dirección que no quieran ir o para la que no estén preparadas. Las mujeres que sufren violencia de género a menudo tienen poco o ningún control sobre el comportamiento de su pareja; pueden permanecer en la relación de violencia como estrategia de supervivencia, no siendo una conducta pasiva. Una mujer puede estar preparada emocional y cognitivamente para abandonar a la pareja, pero puede tomar otras medidas por seguridad.

Es importante adaptar las intervenciones clínicas a estas etapas para comprender que una mujer no puede abandonar la situación de violencia de género de inmediato y para evitar patologizar a estas mujeres. La preparación para el cambio de comportamiento es un proceso por etapas, no un suceso único.

Las enfermeras y los enfermeros, al comprender las complejidades y las decisiones a las que se enfrenta la mujer en el proceso de terminar con la violencia, tienen mayores herramientas para respetar sus decisiones, tomar decisiones colaborativas, con resolución holística de problemas y empoderamiento de la mujer. No todas las mujeres están listas para la etapa de acción.

3. COORDINACIÓN INTERNA SANITARIA

Dentro del sistema sanitario existen condicionantes del caso que necesitan de la colaboración con otros dispositivos asistenciales o profesionales.

Las hijas e hijos son víctimas directas de la violencia del agresor por testigos o por sufrir directamente las consecuencias de ésta sobre ellas y ellos. Así se ha reconocido recientemente también por parte del sistema judicial. En la mayor parte de los casos las hijas e hijos se atienden por los y las profesionales de pediatría de nuestro sistema sanitario. La comunicación inicial ayuda a recomponer la situación y a enriquecerla con lo que el personal de pediatría puede aportar. La coordinación posterior ayuda a fortalecer las intervenciones en una misma línea en todos los dispositivos.

Muchas mujeres víctimas llevan tiempo siendo atendidas por las unidades de salud mental. A veces con diagnósticos que son consecuencia de la situación de violencia. En muchos casos estas situaciones no han sido detectadas en los servicios de salud mental. La comunicación y coordinación con estos y estas profesionales que atienden a las mujeres (o a sus hijas e hijos) ayuda a



establecer criterios de consenso sobre el acompañamiento y la necesidad de des-medicalizar la situación poniendo el acento en poner fin a las situaciones de violencia.

Si la mujer está siendo atendida por otros dispositivos o profesionales y se sospecha que su situación de violencia de género puede tener repercusión sobre la atención, será comunicado y se establecerán mecanismos de coordinación y trabajo conjunto.

4. COORDINACIÓN EXTERNA SOCIO SANITARIA

El sistema sanitario y el social constituyen dos de los ámbitos con mayor grado de responsabilidad en la atención a mujeres que están sufriendo una situación de violencia. Es responsabilidad de ambos desarrollar acciones coordinadas y coherentes con una efectiva coordinación institucional e interinstitucional máxime cuando en Euskadi los servicios sociales tienen una dependencia municipal y foral.

Este abordaje conjunto se articulará sobre la base de los equipos de atención socio sanitaria, compuestos principalmente por profesionales del ámbito de la atención primaria y de los servicios sociales municipales que realizan un trabajo conjunto en la identificación, atención, asesoramiento y orientación hacia los recursos disponibles para estas mujeres y sus hijos e hijas.

Los servicios sociales de base y especializados disponen de recursos (Ver Anexo 4) para la atención al problema de la violencia de género: recursos de acogida en las situaciones de ruptura de la relación de pareja, así como atención psicológica, orientación jurídica y medidas de protección para toda la familia.

Aunque los servicios sociales son fundamentales en la atención y seguimiento de estas mujeres, también pueden existir otros recursos y profesionales que puedan ser motivo de coordinación o derivación. Hablamos de servicios de apoyo psicológico, asistencia jurídica, asociaciones de mujeres, etc.

5. REGISTRO

Toda la actuación quedará registrada ya que la historia clínica de la mujer es la herramienta fundamental de continuidad asistencial y de aporte de información a la propia mujer o a las instancias judiciales. Además de ser una fuente de información que sirva para visibilizar y conocer la prevalencia real del problema. Es responsabilidad del o de la profesional codificar el maltrato de forma adecuada preservando la confidencialidad y la seguridad de la mujer (Ver Anexo 1 - Registro).

6. COMUNICACIÓN JUDICIAL

El o la profesional responsable de la asistencia cumplimentará el modelo de parte de lesiones correspondiente informando a la mujer y enviando una copia al juzgado, teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para comenzar a modificar su situación vital.

Estas consideraciones generales quedan desarrolladas en mayor profundidad en el apartado de cuestiones éticas y en el anexo de Parte de lesiones. (Ver Anexo 2).

Esta comunicación sirve para que el sistema judicial desencadene un proceso cuyo fin es el castigo de la comisión de un delito, lo que nunca sustituye al plan de acción para colaborar en la recuperación de la mujer en su salud, en el más amplio sentido de la palabra.

3.3. “NOT TO DO”-Qué NO HACER EN ATENCIÓN a la violencia de género.

1. MINIMIZAR

Considerar que se trata de un problema de ámbito personal, familiar, privado, etc. que no afecta a la salud de la mujer.

Dejar pasar el problema suponiendo su resolución espontánea.

2. CONSIDERAR QUE NO ES RESPONSABILIDAD MIA

Cualquier profesional sea de la especialidad que sea y en el contexto clínico que sea (urgencia, consulta, hospitalización...) debe hacer una Intervención Inicial Básica y asegurar la continuidad asistencial con su profesional de referencia para poder hacer un seguimiento de la situación de violencia.

3. JUSTIFICAR LA VIOLENCIA

Manifestar la situación como normal, como posible o como justificable. Banalizar o dar explicación a la actitud del agresor frente a la mujer.

Hay que manifestar que la violencia nunca es justificable ni tolerable en una situación de pareja.



4. INFRAVALORAR EL RIESGO

No hacer una clara valoración del riesgo por las actitudes del agresor y por la manifestación de miedos e inseguridades de la mujer.

Hay que asegurar en todo momento la protección de la mujer y establecer un clima de confianza.

5. MANTENER UNA ACTITUD PATERNALISTA

Indicar a la mujer lo que tiene que hacer para solucionar esta situación.

El complejo problema de la violencia de género precisa de una valoración detallada de la situación que exige acompañamiento para que la mujer pueda tomar decisiones de lo que quiere y hasta dónde quiere (o puede) hacer.

Valorar con detenimiento y apoyar sus decisiones es la actitud necesaria para este tipo de acompañamiento.

6. PRESCRIBIR FÁRMACOS

Como norma general, no se trata de prescribir ansiolíticos (o antidepresivos) ante este tipo de situaciones. Estos fármacos disminuyen la capacidad de reacción y nunca son la solución a la situación de violencia.

Pueden estar indicados ante situaciones de ansiedad extrema y deben ser prescritos cuando el/la profesional y la mujer tengan un objetivo claro de su indicación y siempre por un periodo de tiempo limitado.

7. INDICAR TERAPIA DE PAREJA

Siempre se debe entrevistar a la mujer sola. Asegurar confidencialidad y un tiempo adecuado. Nunca contrastar la información con el agresor ni hacerle partícipe de lo que la mujer nos ha confiado. La terapia de pareja o la mediación familiar está contraindicada en este tipo de situaciones. La situación de partida es de tanta desigualdad que precisa de un tratamiento individual.

8. NO VALORAR A LOS HIJOS E HIJAS COMO VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar. Los estudios indican graves consecuencias para los hijos e hijas que son víctimas de esta violencia. Es necesario hacer siempre una valoración de las y los menores, asegurar su protección y establecer un proceso de ayuda para abordar las consecuencias de esta situación vivida y restaurar la condición psicológica de los y las menores. Así se contempla también en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

9. DERIVAR COMO PRIMERA Y ÚNICA MEDIDA

No se trata de derivar a otro u otra profesional de forma inmediata cuando la mujer nos ha confiado una situación así. La intervención mínima inicial y las consultas de apoyo siempre serán necesarias. La coordinación interprofesional e interinstitucional, cuando sea necesaria, se realizará con unos objetivos claros y consensuados, asegurando la confidencialidad y el respeto, nunca para eludir responsabilidades sino para buscar aquellos o aquellas profesionales que mejor puedan ofrecer los recursos para salir de esta situación de violencia.

10. NO REGISTRAR NI VALORAR LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN JUDICIAL

No registrar ni comunicar esta situación colabora con la invisibilización del problema y hace que no quede constancia del trabajo para asegurar la continuidad asistencial y prevenir situaciones de mayor riesgo.

Las situaciones de violencia son complejas y están sujetas a múltiples condicionantes que el o la profesional (junto con la mujer) tendrá que valorar con detalle para registrar, comunicar y actuar con prudencia.

Lo deseable no es el registro ni la comunicación sistemática sino la valoración de cada caso que asegure una asistencia de ayuda, un registro adecuado y una comunicación judicial correcta.



B) PROCESO DE ACTUACIÓN ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración del pene por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal.

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona.

Tanto las agresiones sexuales como los abusos sexuales están tipificados en el Código Penal como delitos contra la libertad e indemnidad sexual e implican penas de hasta 15 años de prisión para las agresiones sexuales y hasta 10 años para los abusos sexuales.

Actualmente en España la edad del consentimiento sexual es de 16 años. Por ello, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez, en cuyo caso se excluirá de responsabilidad penal (Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal). La agresión sexual es un evento traumático y doloroso, que afecta de manera transversal a las víctimas, con graves consecuencias para la salud física, psicológica, sexual y social. Las pautas de actuación ante las agresiones y abusos sexuales tienen determinadas particularidades que justifican que sean descritas en un apartado independiente.

1. DÓNDE SE ATIENDEN

La agresión o abuso sexual puede haber sido:

1. Reciente: cuando han pasado menos de 120 horas (5 días)^{26, 27}
2. No reciente: cuando han pasado más de 120 horas (5 días).

Este límite temporal no debe entenderse como límite estricto. Cuando el tiempo transcurrido se encuentre por encima de esas 120 horas pero existan indicios o sospecha de poder obtener muestras de interés legal (dadas las circunstancias particulares del caso), se debe proceder como si la agresión o abuso sexual fuera reciente. Esto puede ocurrir cuando exista sospecha de intoxicación (sumisión química), ya que algunas sustancias pueden aparecer en orina hasta una semana después de la ingestión. Será el médico o la médica forense quien decida si se recogen o no muestras de interés legal, tras valoración del caso.

²⁶ World Health Organization, 2014.

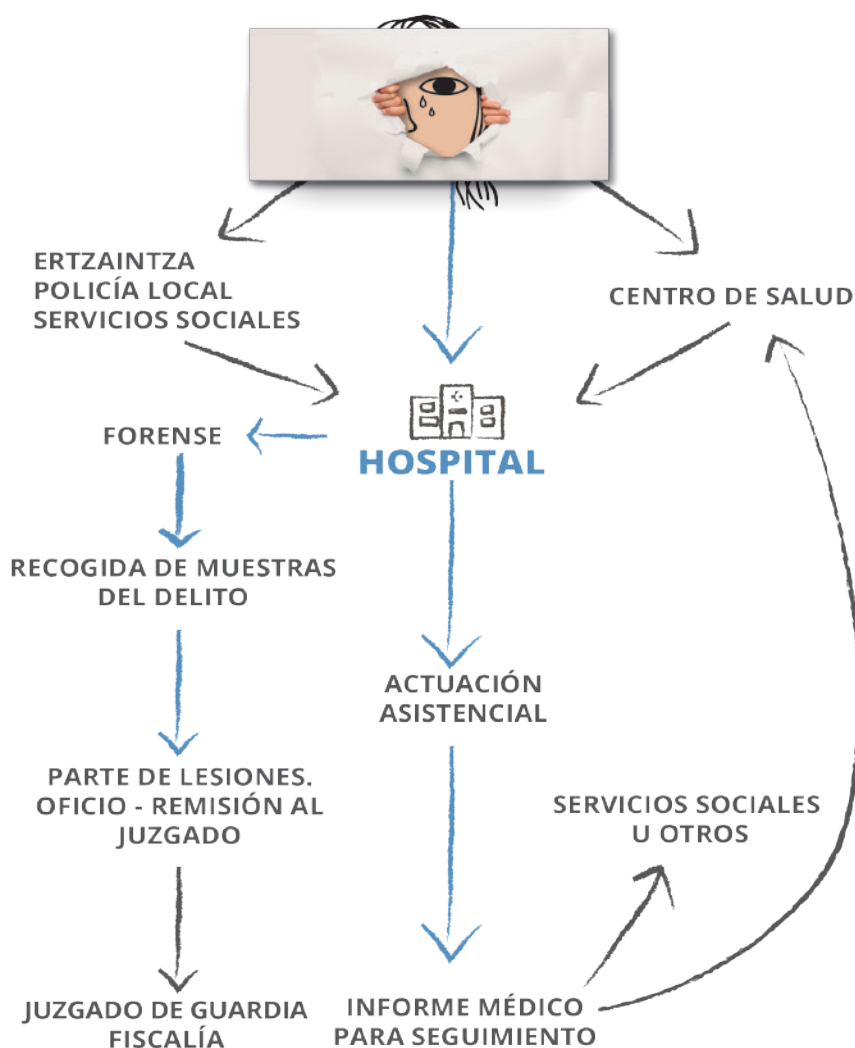
²⁷ Organización Panamericana de la Salud, 2016.

- 1. Agresión o abuso sexual reciente:** La valoración de la paciente con sospecha de agresión sexual reciente se realizará en los centros hospitalarios. Si la paciente acude a su centro de Atención primaria, salvo situaciones de gravedad que obliguen a un tratamiento médico inmediato, se remitirá lo antes posible al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación, en la medida de lo posible, se evitará la ingesta de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima. Si por cualquier razón este se demorara, habría que proceder a la toma de muestras de la cavidad bucal con hisopos (3 de diversas zonas) y un posterior enjuague con suero fisiológico y recogida del mismo, que se entregarán al médico o la médica forense (Figura 6).

Figura 6. Circuito de actuación ante agresión o abuso sexual reciente.

AGRESIÓN O ABUSO SEXUAL RECIENTE

HAN PASADO MENOS DE 120 HORAS (5 DÍAS).
LA VALORACIÓN DE LA PACIENTE SE REALIZARÁ EN LOS
CENTROS HOSPITALARIOS



Adaptado al protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. Gobierno Vasco. Departamento de sanidad. Osakidetza. 2008

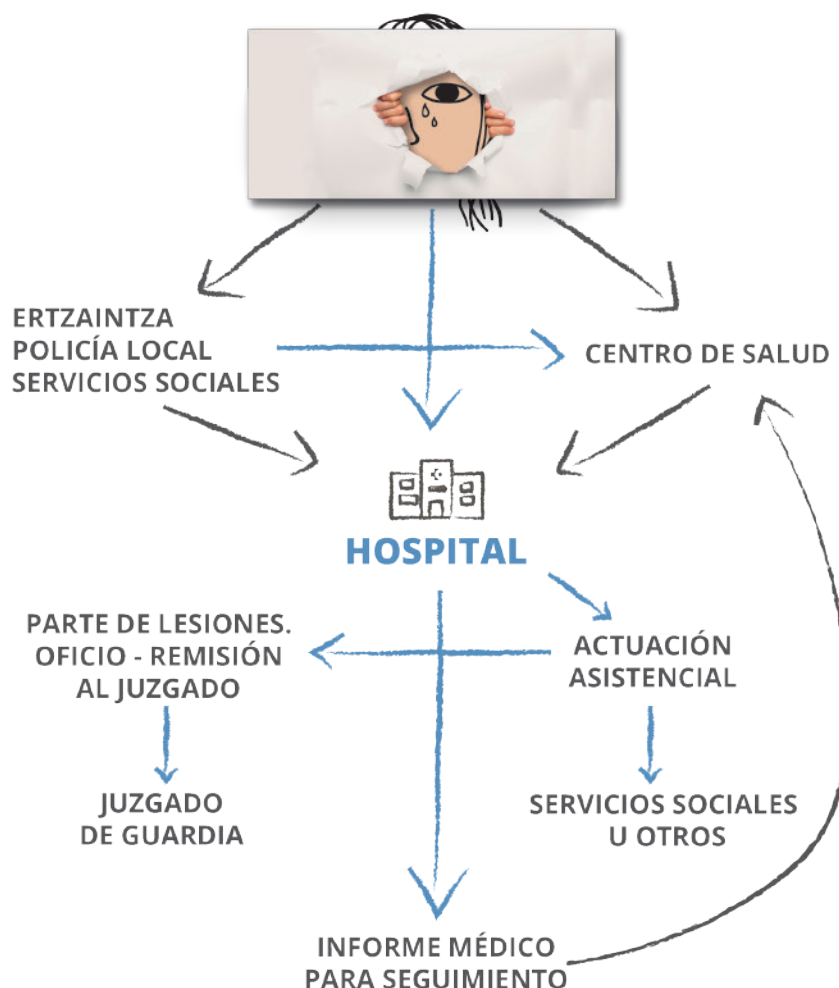


- 2. Agresión o abuso sexual no reciente:** En la valoración de la paciente con sospecha de agresión sexual no reciente no será preciso remitir a la paciente al centro hospitalario, si ha acudido a su centro de Atención Primaria. Se prestará la asistencia a los posibles daños físicos y/o psíquicos, iniciando el plan de actuaciones diagnóstico-terapéuticas que corresponda: solicitud de serologías, despistaje de infecciones de transmisión sexual (I.T.S), vacunación contra la hepatitis B... Una vez finalizada la actuación asistencial se procederá a la cumplimentación del parte de lesiones, cuando se considere oportuno, y se instará a la mujer para que acuda a la Comisaría, Fiscalía o Juzgado de guardia para interponer la correspondiente denuncia. Si existen dudas en el procedimiento se consultará con la Clínica Médico Forense (Figura 7). (Ver Anexo 4).

Figura 7. Circuito de actuación ante agresión o abuso sexual no reciente.

AGRESIÓN O ABUSO SEXUAL NO RECIENTE

HAN PASADO MÁS DE 120 HORAS (5 DÍAS).
NO SERÁ PRECISO REMITIR A LA PACIENTE AL CENTRO
HOSPITALARIO, SI HA ACUDIDO A SU CENTRO DE SALUD



En adelante se hará referencia a la actuación en agresiones y abusos sexuales recientes.

2. CÓMO SE ATIENDEN

En la actuación ante las agresiones sexuales es fundamental una buena coordinación con el Juzgado de guardia.

Hemos de ser conscientes que el médico o la médica forense no actúa de forma autónoma, su intervención depende de que se lo solicite el juez o la jueza o fiscal correspondiente. Para actuar y personarse en el centro hospitalario requiere la orden expresa de cualquiera de esas autoridades.

Por parte del Juzgado de guardia es conveniente establecer el procedimiento que permita la máxima automatización en la respuesta. El fin es conseguir la presencia del médico o la médica forense en el hospital lo antes posible. A este respecto se nos presentan los siguientes escenarios:

- La mujer acude al hospital con la denuncia interpuesta. Desde el Hospital se pone en conocimiento del juzgado de guardia la situación, y el médico o la médica forense, tras autorización judicial, atiende a la paciente en el Hospital junto con el ginecólogo o ginecóloga de guardia.
- La mujer acude al Hospital sin la denuncia interpuesta. Desde el hospital se ponen los hechos en comunicación inmediata con el Juzgado de guardia, independientemente de la intención de interponer una denuncia por parte de la mujer. Si va a denunciar el delito, se avisará también a la Ertzaintza. La mujer no se desplazará del hospital al Juzgado o Comisaría a poner la denuncia, salvo por indicación del juez o jueza de guardia. Si la Judicatura abre un procedimiento judicial o la Fiscalía abre diligencias de investigación, el médico o la médica forense se desplazará al Hospital para atender a la paciente con el ginecólogo o ginecóloga de guardia. Si no se abre un procedimiento judicial ni diligencias de investigación, el Hospital podrá intervenir desde un punto de vista exclusivamente sanitario, sin la participación forense.

En el Servicio de Urgencias se favorecerá un ambiente lo más íntimo posible, por lo que se evitará que la mujer agredida permanezca en la sala de espera y se facilitará el acompañamiento por una persona de su confianza. Se le indicará que no debe lavarse ni cambiarse de ropa, evitando así mismo la ingesta oral, siempre que sea posible (como se apuntaba anteriormente).

Para reducir al menor número posible los impactos psíquicos que va a sufrir la mujer tras la agresión, se realizará la evaluación ginecológica y médico forense en un solo acto, realizando el reconocimiento de manera simultánea y coordinada.



El plan de actuación contará con los siguientes pasos:

1. Anamnesis y examen clínico.
2. Toma de muestras para despistaje de I.T.S.
3. Toma de muestras de interés legal.
4. Petición de analíticas.
5. Tratamiento de las posibles lesiones físicas y psíquicas.
6. Tratamiento preventivo de I.T.S.
7. Anticoncepción postcoital.
8. Seguimiento.
9. Atención social.
10. Realización del Informe clínico y médico forense.

1. ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO

La anamnesis y el examen clínico serán compartidos tanto por el médico o la médica forense como por el ginecólogo o ginecóloga.

Es importante que solo las personas indispensables estén presentes en la consulta.

Es necesario empatizar con la mujer, creando un ambiente que propicie la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible. Se valorará el estado emocional de la víctima, siempre respetando sus tiempos.

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

Sufrir una agresión sexual es una vivencia traumática. La mujer puede mostrarse muy sensible ante la exploración ginecológica por lo que se debe proceder con lentitud, preguntándole con frecuencia si se encuentra bien y si puede proseguir.

A modo de esquema se tendrán en cuenta los siguientes puntos:

- Se transcribirán los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual, presencia o ausencia de eyaculación, uso de preservativo...) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, cambio de ropa...).
- Se anotarán los antecedentes personales, ginecológicos y de violencia, si los hubiera.

- En el examen físico se detallará la localización y características de las lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones...), señalando en su caso la no existencia de las mismas. El médico o la médica forense, a su criterio, fotografiará las lesiones para señalar la localización e importancia de las mismas, previo consentimiento informado de la mujer.
- En la exploración ginecológica se realizará una inspección vulvo-vaginal, detallando las lesiones y señalando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales a mujeres que no han tenido previamente relaciones, se hará constar la posible existencia de desgarros himeneales. Eventualmente se realizará un tacto bimanual y una ecografía.
- Se realizará una exploración anal y perianal, si procede en el caso.

2. TOMA DE MUESTRAS PARA DESPISTAJE DE I.T.S.

Se tomarán cultivos vaginales y endocervicales, incluyendo el estudio de clamidia, gonococo y tricomonas.

Se tomarán cultivos rectales, faríngeos... en función del tipo de agresión.

3. TOMA DE MUESTRAS DE INTERÉS LEGAL

El médico o la médica forense decidirá las muestras a recoger: ropa de la paciente, peinado púbico, recorte de limpieza de uñas, tomas vaginales para investigación de esperma.... Las muestras deberán ser empaquetadas por separado y serán rotuladas con el nombre de la paciente, la fecha y la firma del o de la profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer y se las llevará personalmente el médico o la médica forense, con el fin de comenzar la cadena de custodia, que asegure la seguridad de las mismas.

4. PETICIÓN DE ANALÍTICAS

Se solicitarán distintas pruebas analíticas, que incluirán:

- Estudios serológicos (Lúes, Hepatitis B, Hepatitis C y VIH).
- Test de embarazo.
- Estudios médico legales, a criterio del médico o la médica forense, que se llevará las muestras personalmente.

La petición de analíticas de tramitación hospitalaria (serologías y test de embarazo), se realizará en el volante habitual hospitalario, al que se adjuntará el formulario de petición de resultados para el despistaje de I.T.S. del Instituto Vasco de Medicina Legal, que rellenará el o la médica forense. En el volante



de petición hospitalario se especificará que una copia del resultado de dichas pruebas sea remitida a la Clínica Médico-Forense y al Juzgado correspondiente.

5. TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES LESIONES FÍSICAS Y PSÍQUICAS

En situaciones de urgencia médica y según criterios de gravedad, ésta será la primera actuación a realizar.

Se tratarán las heridas y se efectuará prevención de infección de las mismas. Se administrará profilaxis antitetánica, cuando sea preciso.

Se realizará una interconsulta al Servicio de Psiquiatría, si se considera necesario.

El apoyo psicológico a medio- largo plazo se realizará a través del Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) del Departamento de Trabajo y Justicia del Gobierno Vasco, sin perjuicio de la intervención de los servicios médico asistenciales dependientes de Osakidetza.

6. TRATAMIENTO PREVENTIVO DE I.T.S.

- Se administrará tratamiento preventivo empírico para la gonococia, clamidiasis y tricomoniasis en posible incubación.
- Respecto a la hepatitis B, el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomienda la vacunación contra el virus de la Hepatitis B, sin la administración de la gammaglobulina, en aquellas pacientes no vacunadas previamente. En las pacientes vacunadas se hará constar este antecedente en la historia clínica y no se vacunará.
- La necesidad de profilaxis contra el VIH es controvertida y se valorará individualmente. El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Sin embargo, el riesgo es bajo ante un agresor desconocido, aunque aumenta si:
 - La agresión sexual ha sido realizada por múltiples individuos.
 - En la agresión sexual ha habido penetración anal o vaginal.
 - En la agresión ha habido eyaculación sobre mucosas.
 - La mujer presenta lesiones genitales o sangrado tras la agresión.

En estos casos se valorará la administración de tratamiento profiláctico del VIH, siempre que no hayan transcurrido más de 72 horas desde la agresión. La duración del tratamiento es de 28 días.

- Respecto a la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) no existe consenso, mientras el CDC recomienda comenzar la vacunación tras

la agresión sexual, la AEPC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia) no hace referencia a este grupo en su última revisión de vacunación en poblaciones de riesgo elevado.

7. ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

Se pautará anticoncepción postcoital si han transcurrido menos de 120 horas desde la agresión.

La mujer puede tomar simultáneamente la anticoncepción de emergencia, los antibióticos para las ITS y comenzar la profilaxis post-exposición (PPE) para la prevención de la infección por el VIH.

Si la mujer está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario la anticoncepción postcoital.

Se informará a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales vigentes.

8. SEGUIMIENTO

Al alta hospitalaria se realizará un seguimiento en Consultas Externas de Ginecología o de I.T.S. (si se dispone de dicha consulta). La primera consulta de seguimiento se recomienda programar a las 2 semanas tras la agresión. La finalidad del seguimiento es:

- Valorar la evolución clínica y estado emocional de la mujer.
- Valorar el resultado de las pruebas realizadas.
- Repetir las serologías (6 semanas, 3 y 6 meses).
- Repetir los cultivos y el test de embarazo, si procede.

Si se ha indicado tratamiento antirretroviral, se citará a la paciente en Consultas Externas de Infecciosas con el fin de realizar el seguimiento de dicho tratamiento.

9. ATENCIÓN SOCIAL

La atención social se realizará generalmente a través del Servicio de Asistencia a la Víctima del Departamento de Trabajo y Justicia del Gobierno Vasco (SAV) (<https://www.justizia.eus/atencion-victima>). El Servicio de Asistencia a la Víctima orientará a las víctimas, en su relación con el entramado judicial y social. Es muy importante que la mujer reciba asistencia e información desde el primer momento en que se ve inmersa en el entramado judicial de investigación.

Esta atención se concreta, entre otras, en las siguientes actuaciones:

- Orientar al interponer la denuncia y realizar un seguimiento de la misma hasta la finalización del proceso.



- Orientar a la víctima sobre la solución más satisfactoria a las consecuencias generadas por el delito.
- Informar a la víctima sobre los trámites procesales, los derechos que en ellos le corresponden, las ayudas económicas y recursos sociales de que puede disponer.
- Prestar asistencia psicológica y social a la víctima si la necesitase.
- Derivarla a los servicios sanitarios o sociales competentes y adecuados si fuera necesario.
- Acompañar a la víctima en todos estos procesos y, fundamentalmente, en los judiciales.

La mujer también podrá recibir atención social a través del servicio social de base de su Ayuntamiento, donde la orientarán sobre todos los recursos y servicios a los que tiene derecho (alojamiento temporal si fuera necesario, acceso a ayuda psicológica, asesoramiento jurídico, etc.) y donde le apoyarán y asesorarán sobre las decisiones a tomar para mejorar su calidad de vida.

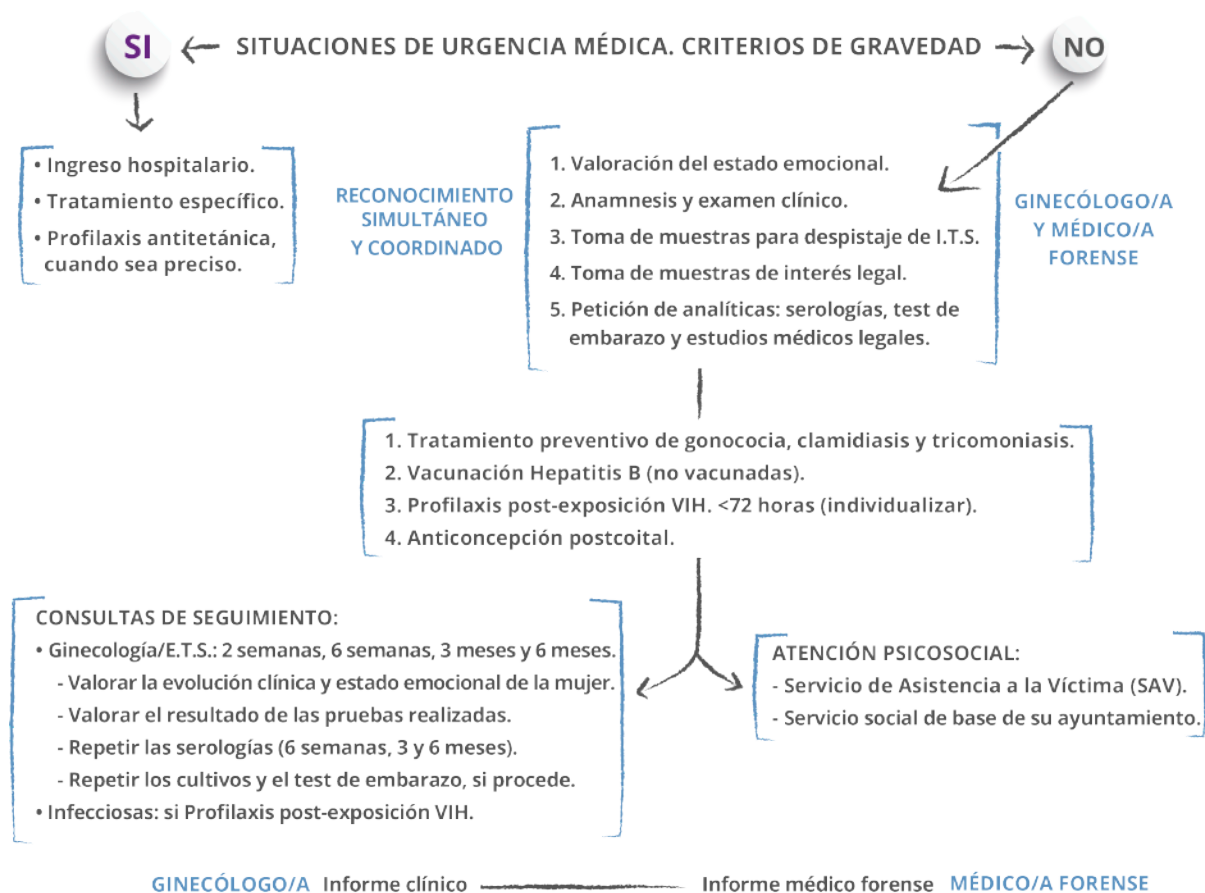
Cuando la agresión sexual se produce dentro de la relación de pareja, es importante evaluar con la mujer si es conveniente que vuelva a su casa. Cuando se considere que su integridad física está en riesgo, precisará un alojamiento alternativo de urgencia. Es importante establecer circuitos de coordinación interinstitucional para estos casos en cada organización sanitaria.

10. REALIZACIÓN DEL INFORME CLÍNICO Y MÉDICO FORENSE

Al alta hospitalaria el ginecólogo o ginecóloga realizará el informe clínico, que será objetivo, descriptivo y reflejará los procedimientos efectuados, los tratamientos administrados y el seguimiento que se plantee. Es conveniente dejar por escrito que la entrevista y el reconocimiento médico se realiza en presencia del médico o de la forense. En el informe clínico se anotará en el diagnóstico "sospecha de agresión sexual" y se codificará.

El informe médico forense para el Juzgado lo realizará el médico/a forense.

FLUJOGRAMA AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE



Las directrices en las cuales se basa este apartado no abordan directamente los casos de agresiones sexuales a menores ni a hombres, si bien muchas de las recomendaciones que contiene también son válidas para dichos grupos.



C) PROCESO DE ACTUACIÓN

CON LOS HIJOS E HIJAS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género²⁸ establece, en su exposición de motivos, que las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar, víctimas directas de esta violencia. La Ley consigna su protección no sólo para la tutela de los derechos de los y las menores, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer. Es importante señalar también que la Ley Orgánica de Protección al Menor²⁹, con relación a menores bajo la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de una víctima de violencia de género o doméstica, establece que las actuaciones de los poderes públicos estarán encaminadas a garantizar el apoyo necesario para procurar la permanencia de los y las menores, con independencia de su edad, con aquélla, así como su protección, atención especializada y recuperación.

Se considera que las consecuencias de la violencia en los niños y niñas pueden suponer problemas físicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales. Las hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar necesitan una intervención directa y una intervención indirecta, la cual se facilita a través del trabajo con las madres, generando un contexto que refuerza su propio proceso de mejora. En este sentido es preciso el establecimiento de un marco de intervención que contemple elementos de relación eficaces entre el abordaje de la atención a la Violencia de Género y la Protección a la Infancia con un enfoque profesional y unas pautas de actuación homogéneas que garanticen una mejor atención integral a las mujeres así como a los hijos e hijas de éstas, desde la perspectiva de derechos humanos, infancia y género³⁰.

Como se contempla en esta guía, en el contexto de una relación de violencia de género, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad. Un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en el primer embarazo. Por otra parte el embarazo es un periodo de contacto de la mujer y de la familia con el sistema sanitario que permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo. Personal de ginecología, enfermería y matronas o matrones son profesionales de excepción para abordar estas situaciones. La existencia de situaciones de violencia de género de cualquier tipo se considera un indicador de maltrato prenatal³¹.

El maltrato que sufren las mujeres que están en una fase de crianza condiciona el estado emocional de la mujer unido a la sobrecarga a la que la propia crianza genera. El maltratador en ocasiones va a interponerse y dificultar el establecimiento del vínculo de apego entre la madre y el bebé.

²⁸ LEY ORGÁNICA 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

²⁹ Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor.

³⁰ Comisión de Seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional en Euskadi. 2017

³¹ Comunidad de Madrid. 1999

Además del papel fundamental de la consulta de control del embarazo y del puerperio en Atención Primaria, son preferentemente los equipos de Pediatría los que tienen contacto regular con el niño o niña y su familia, y esto los pone en una situación privilegiada para la detección precoz y la prevención de problemas que ocurren fundamentalmente en el ámbito familiar.

La herramienta fundamental para ello es el Programa de Salud Infantil, que tiene como objetivo la supervisión y la promoción de la salud, mediante diferentes actividades que se llevan a cabo en una serie de vistas programadas. En estas visitas se van estableciendo los cimientos de una relación de confianza y a medida que evoluciona esta relación, las madres se pueden sentir cómodas discutiendo asuntos personales con su pediatra y enfermera o enfermero.

Es importante acompañar a la mujer en su proceso personal pero también es imprescindible contribuir a que tome consciencia de la afectación que los malos tratos tienen sobre sus hijas e hijos. Como se ha señalado anteriormente, respetar el ritmo de recuperación de la mujer es básico para poder seguir trabajando con ella, pero hay que tener en cuenta el nivel de riesgo en el que se pueden encontrar los hijos e hijas. Debido a la situación que ha vivido (vive) la mujer es probable que, en algunos momentos en que se le plantee la intervención con las hijas e hijos en vez de vivirlo como un apoyo, pueda sentirse cuestionada y presentar ciertas resistencias o dificultades. Muchas de ellas se sienten culpables de no haber podido proteger a sus hijos e hijas y por ello es importante dedicar el tiempo y la atención que sea necesario en este momento del proceso.

Dicho esto, en el caso de sospecha o detección de una situación de violencia de género, si la mujer tiene hijas e hijos y/o está embarazada, las actuaciones a seguir se tienen que establecer de forma integral y vendrán determinadas por:

- Todas las posibles variables que influyen en la intervención en casos de violencia de género: la percepción y/o reconocimiento del hecho por parte de la mujer; el momento del proceso de violencia en el que se encuentra; la voluntariedad de la mujer a aceptar una intervención por parte de los Servicios Sociales...
- Los indicadores de riesgo que se observen en los hijos e hijas.

1. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA INFANCIA

Las actuaciones con menores tienen que estar libres de sesgos de género hacia la mujer, como el cuestionamiento que en ocasiones se da por parte del personal de salud a la mujer considerándola "mala madre" y haciéndola responsable de la situación que tiene el o la menor.

Siempre que se sospeche o detecte que la mujer que sufre violencia tiene hijos e hijas, es necesario comunicar la situación a sus profesionales de referencia en la Atención Primaria: pediatría (en menores de 14 años) o medicina de familia (si son mayores), enfermería y trabajo social del centro.



Esta comunicación se hará contando con la mujer siempre que sea posible. Una intervención con el niño o la niña desvinculada de la madre sólo debe darse en situaciones que existan indicadores significativos de trastorno mental o toxicomanía que no permita el acompañamiento a sus hijos e hijas; que exista negligencia y/o abandono; que la madre también ejerza violencia de forma sistemática sobre sus hijos e hijas.

Si la detección la realizan profesionales que atienden a los hijos e hijas deben comunicarlo al o a la profesional referente de la madre.

El o la profesional que atiende a los hijos e hijas deberá, en una **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA**:



Teniendo en cuenta circunstancias especiales:

- Registrar en la historia clínica la situación de violencia (codificación y/o antecedentes).

Parece conveniente que toda hija o hijo de mujer maltratada sea identificado como víctima de violencia de género y que exista un registro de ello en la historia clínica en aras de proteger y tratar al o a la menor. Sin embargo, al registrarlo, se corre el riesgo de que el maltratador se entere de que figura un episodio abierto de violencia si solicita un acceso a historia del hijo o hija o, si lo ve durante la consulta de pediatría, en la pantalla del ordenador.

Otra situación que también habría que valorar es cómo hacerlo en el resto de los casos: maltratador real o supuesto: casos de "sospecha malos tratos" o casos de no-denuncia o denuncia sin sentencia de maltrato...

Ante todo esto se pueden plantear algunas dudas: ¿qué límites y precauciones ponemos al registro en la historia clínica para evitar conflictos o desprotección de los niños y niñas expuestos? y ¿hasta qué punto lo que recoge la ley es una consideración jurídica aplicable al campo sanitario y en qué condiciones?

El planteamiento más razonable que esta guía puede plantear en este momento es:

- Si el maltratador de la madre es el padre (o tutor), el registro y la codificación del episodio de maltrato en la historia clínica de las hijas o hijos no es problemático cuando ha habido denuncia y el juez se ha pronunciado.
- En el resto de los casos, hay que actuar con prudencia en el tema de codificaciones y registros en la historia clínica, ya que el maltratador

seguramente desconoce que la víctima ha informado de su situación a los y las profesionales de salud.

Es importante tener en cuenta que el padre, salvo decisión judicial, puede solicitar acceso a la historia clínica de sus hijos o hijas. Por tanto, atendiendo al bien superior de la persona menor de edad, se la debe proteger valorando qué información debe serle remitida.

La seguridad debe ser una premisa fundamental en los casos de violencia de género, muy especialmente cuando afecta a menores.

- Entrevistar al o a la menor si procede según su edad y circunstancias para escuchar su punto de vista y necesidades. Es fundamental utilizar esta entrevista para empatizar con el o la menor y generar un clima de confianza adecuado para actuar o desarrollar actuaciones posteriores.
- Valorar riesgos físicos, psíquicos o sociales, determinando el nivel de vulnerabilidad y valorando la existencia de indicadores de riesgo de desprotección, derivando a los Servicios Sociales de Base y a Salud Mental si fuera preciso.

Y realizará una actuación de **APOYO y SEGUIMIENTO** para el seguimiento en consulta:



- Evaluación de la evolución de la situación y decisiones adoptadas por la madre.
- Desarrollo de un plan de acción
- Extensión y derivaciones conjuntas con otras especialidades y /o derivación a Servicios Sociales de Base (que puede ser aceptada por la madre o no) para realizar una intervención adecuada a cada caso, actuando según protocolo vigente de protección a la infancia.
- Valorar la derivación a Salud Mental si se sospechan repercusiones psicológicas susceptibles de intervención (conductas de inhibición, comportamientos autodestructivos, violencia con sus pares, depresión, fracaso escolar, etc.)

En todo este proceso es importante cuidar la buena coordinación entre los y las profesionales de salud y los servicios sociales para favorecer la detección, facilitar el seguimiento y asegurar la coherencia en las actuaciones.



D) PROCESO DE ACTUACIÓN CON LOS AGRESORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

El abordaje de la violencia de género también debe contemplar la actuación con los agresores. Diferentes estudios señalan que la reincidencia es muy alta. Al referirse a violencia de género normalmente se habla de mujeres, pero en pocas ocasiones se cita a los hombres que la ejercen, pareciendo así que su responsabilidad social queda ausente.

La atención a los agresores no es sencilla para los y las profesionales de salud, generando en ocasiones inseguridad. El personal de salud de la Atención Primaria atiende, generalmente, al maltratador y a la mujer (o hijos e hijas) simultáneamente. Ello supone oportunidades de actuación y posibilidades de que el maltratador solicite ayuda de forma directa o indirecta cuando se hace consciente de la situación que está generando.

No existe un perfil de hombre agresor o perpetrador ni de patología de salud mental asociada, pero sí conductas de mantenimiento del poder sobre la mujer e imposición de pautas de comportamiento para la pareja. Todo ello tiene que ver con un modelo de masculinidad hegemónica. Como señala la OMS, los agresores provienen de todas las clases sociales, razas, culturas, religiones, orígenes y países. Los hombres son responsables del ejercicio de la violencia y pueden cambiar.

El objetivo en las actuaciones es ayudarles a asumir su responsabilidad, ofrecerles la posibilidad de rehabilitarse y apoyarles con terapias de asistencia psicoterapéutica. Es importante recordar que, ante todo, se debe preservar la integridad de la víctima. Ninguna intervención puede poner en riesgo su vida, ni su bienestar, ni culpabilizarla.

Además de los programas de intervención, es necesaria la prevención primaria, haciendo entender que los hombres son parte de la solución al problema de la violencia de género. En Euskadi el programa Gizonduz, creado en diciembre 2007, busca promover la igualdad desde la concienciación, participación e implicación de los hombres.

1. INTERVENCIÓN CON EL MALTRATADOR

El primer paso para iniciar un tratamiento psicológico con un hombre que ejerce violencia contra su pareja es que reconozca que la está ejerciendo. Reconocer su responsabilidad constituye la premisa fundamental. Es poco frecuente, además justifica sus conductas, las banaliza e incluso culpabiliza a su compañera de obligarle a actuar de forma violenta. La dependencia emocional también está presente, advirtiendo que “no puede vivir sin ella” como un elemento más de manipulación.

El modelo recomendado internacionalmente es el modelo multidimensional con perspectiva de género que incluye las dimensiones cognitiva, conductual,

emocional e histórica del comportamiento violento. No están indicadas las intervenciones que se apoyan en modelos psicoterapéuticos convencionales como el psicoanálisis, la terapia familiar, la medicación o los tratamientos conductuales. Ni aquellas que priorizan la unión o reconciliación de la pareja o de la familia.

Las conductas que alertan son los celos extremos, el no control de la ira, el abuso verbal, la culpabilización a otras personas de sus problemas, el pedir una segunda oportunidad, decir que cambiará, la crueldad hacia los animales. El comportamiento empeora si hay consumo de alcohol o drogas.

Recomendaciones a la hora de la intervención con el maltratador:

- Que la mujer que la mujer que sufre violencia de género tenga conocimiento de la intervención, asegurando que no aumente en ningún caso la situación de riesgo para ella y sus hijos o hijas.
- Extremar la confidencialidad, no informar al maltratador del proceso que se esté siguiendo con su pareja o hijos e hijas.
- Hablar en un tono calmado y seguro, sin juicios, evitando términos como maltratador o machista.
- Identificar comportamientos inaceptables, no dejándose intimidar ante discursos de negación, justificación o culpabilización a las y los demás. Cuestionarlos y deconstruirlos.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Explorar las consecuencias que tiene la violencia en su pareja para promover la responsabilidad y permitirle reconocer sus comportamientos violentos.
- Intentar explorar lo que le molesta, cuándo y por qué.
- Identificar alguna patología de salud mental o promover que reconozca o consumo de tóxicos.
- No presumir una rehabilitación espontánea, aunque se confiese avergonzado y arrepentido.

La intervención con el agresor es compleja, supera las posibilidades de actuación del personal de salud, que no deberá actuar de forma aislada, haciéndose necesaria la colaboración entre distintos servicios y con equipos de profesionales especializados o especializadas.

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

La finalidad de los programas de intervención con hombres maltratadores es poner fin a las agresiones y proporcionar mayor seguridad a las mujeres con



maltrato, así como a sus hijos e hijas. Según diferentes estudios, el 40-90% de hombres que maltratan han acudido a servicios de salud (de urgencias, de atención primaria o de salud mental). En estos servicios no se ha abordado una respuesta preventiva por los problemas de salud por los que se consulta: insomnio, ansiedad, situaciones sociales como paro, consumo de sustancias, discusiones con su pareja, etc.

El programa más utilizado a nivel internacional es “Domestic Abuse Intervention Project” (DAIP), o modelo Duluth. Se desarrolla desde un modelo psicoeducativo e intenta evitar diagnósticos derivados de DSM, fomenta la igualdad entre los sexos desde una perspectiva de interseccionalidad. Este modelo utiliza la rueda de poder y control mencionada anteriormente. La educación y las actitudes son elementos fundamentales que se trabajan en estos programas. Los resultados de los mismos son discordantes dependiendo de las fuentes, aunque en todos se apunta un mayor o menor grado de disminución en la reincidencia.

Los programas buscan iniciar el proceso de cambio en el agresor para hacerse responsable de sus actos, adquiriendo responsabilidad de las consecuencias de la violencia de género y transformar las referencias culturales hacia un modelo de igualdad de género.

En nuestro medio los programas de terapia con maltratadores son ofrecidos por las Diputaciones Forales con diferentes acuerdos y colaboraciones. La derivación puede realizarse a través de los servicios sociales o directamente. (Ver Anexo 4).



Capítulo 4

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

4. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

El contexto de la atención sociosanitaria en Euskadi se basa en un rico y complejo sistema relacional, cuyo objetivo último comprende “el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención” (tal y como se señala en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales).

La atención sociosanitaria se desarrolla en base a un modelo de coordinación de los sistemas social y sanitario que, situando a las personas como eje central de sus actuaciones, ofrece una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias que presentan especialmente los casos de personas que por sus especiales circunstancias son objeto de intervención estratégica por formar parte de colectivos diana. Las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020 identifican como colectivos diana a personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, personas en riesgos de exclusión y desprotección, niños y niñas con necesidades especiales, personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos con necesidades sociosanitarias como las mujeres víctimas de violencia de género, entre otros.

La violencia contra las mujeres es un problema social que debido a su impacto en la vida de las mujeres y sus familias requiere un abordaje conjunto por parte de profesionales de los ámbitos social y sanitario, entre otros. Este abordaje conjunto y coordinado se articula sobre la base de los equipos de atención sociosanitaria, compuestos principalmente por profesionales de la atención primaria sanitaria y de los y las trabajadoras sociales, psicólogos o psicólogas y educadores o educadoras de los servicios sociales municipales, que constituyen el primer recurso en la atención directa de las mujeres víctimas, hijas e hijos, y que asumen las labores de identificación, información, acompañamiento, valoración, diagnóstico y/u orientación hacia los recursos disponibles más adecuados para su atención.

Independientemente del perfil y ámbito de procedencia de las y los profesionales que lo componen, se trata de equipos funcionales que actúan ad hoc en torno a la persona con necesidades sociosanitarias. Es decir, no implica la creación de equipos estructurales sino de profesionales coordinadas o coordinados que trabajan en equipo alrededor de la persona y de acuerdo a una metodología de gestión de caso. Esta singularidad hace recomendable que la actuación de los equipos se

articule en protocolos de coordinación sociosanitaria que recojan adecuadamente los procedimientos de actuación coordinada en la atención de los colectivos diana sociosanitarios y reflejen el compromiso de las y los agentes e instituciones implicadas en la atención sociosanitaria. En la actualidad, la mayor parte de las Organizaciones de Servicios Integrados de Osakidetza así como sus Redes de Salud Mental cuentan con protocolos de coordinación sociosanitaria firmados con Ayuntamientos, Mancomunidades de servicios e Instituciones Forales.

No obstante, el alcance de la violencia contra las mujeres tiene una incidencia y unas características que ha llevado a las instituciones a la implementación de estrategias de colaboración entre los diferentes ámbitos y profesionales que intervienen a lo largo del proceso para realizar un abordaje integral que pueda proporcionar una atención de calidad a las mujeres que sufren violencia de género o agresiones sexuales, contemplando también la prevención. En este sentido al amparo del Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales impulsado y coordinado por Emakunde y firmado el 18 de octubre de 2001, y renovado en marzo de 2009, se han suscrito protocolos con diferentes ámbitos de actuación.

A nivel municipal dicho acuerdo y la guía elaborada por EUDEL en 2006 han servido como orientación de la prestación de servicios locales, así como la coordinación interinstitucional que garantice un funcionamiento más eficaz de la respuesta a las mujeres en su entorno más cercano en su itinerario de salida de la violencia.

En los protocolos locales participan diferentes departamentos municipales (Servicios Sociales, Igualdad, Guardia Municipal...), la Ertzantza y Osakidetza fundamentalmente, instituciones que cuentan a su vez con sus propios protocolos de actuación, por lo que en estos documentos se detallan los procedimientos para que la coordinación entre estas distintas entidades cumpla con principios rectores comunes que permitan una mejora real de la atención a las mujeres y menores que sufren violencia, así como las instancias y mecanismos de seguimiento para garantizar el cumplimiento de los acuerdos que contienen estos protocolos.

El objetivo último de esta coordinación es crear una red que apoye y sostenga a las mujeres en todo su itinerario y que evite la victimización secundaria, pero también es fundamental la creación de un espacio para intercambiar criterios y experiencias que faciliten el trabajo interinstitucional permitiendo que esta red sea más sólida.

Se trata de establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para los y las agentes que intervienen en el municipio para la detección precoz, así como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. Este objetivo se traduce en dotar a las personas profesionales de pautas sobre



cómo responder a una situación de violencia contra la mujer, con los recursos que se cuentan en la actualidad, ofreciendo la mejor atención posible.

Los acuerdos adoptados persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Atender y proteger a la mujer víctima de violencia, estableciendo cauces de cooperación entre las diferentes instituciones, para que ésta sufra las menores molestias posibles y tenga información comprensiva y útil en todos los trámites y procesos, sintiéndose apoyada y protegida en su toma de decisiones.
- Desarrollar la atención a las mujeres víctimas que enfrentan violencia desde una perspectiva empoderante que rescate la fuerza de las mujeres y que se integre dentro del marco las políticas públicas de igualdad establecidas a nivel local, foral, autonómico y estatal.
- Facilitar a la mujer, a sus hijos o hijas y personas dependientes a su cargo, todos los recursos que la legislación vigente establece, estableciendo pautas de coordinación entre los servicios intervinientes.
- Posibilitar y coordinar los recursos adecuados de las instituciones intervinientes.
- Proponer mejoras de los servicios existentes, así como la creación de nuevos que se consideren convenientes, en virtud de las deficiencias que se observen y de las nuevas necesidades que se planteen.
- Promover el acercamiento y la participación de otras y otros agentes sociales involucrados tanto en la prevención de la violencia machista como en la atención de otras formas en que se manifiesta esta violencia que no está llegando a las entidades tradicionalmente involucradas en la atención a las víctimas, por ejemplo, las entidades que trabajan con jóvenes o con otros sectores de mujeres que tienen mayor dificultad para hacer pública su situación de violencia.
- Crear instrumentos para la recogida de datos que permitan un conocimiento y mejor análisis de los itinerarios de salida de la violencia de las mujeres así como de las dificultades que encuentran en este proceso.

De manera particular, por la parte de los servicios de salud provistos por Osakidetza, la atención de las mujeres víctimas recae, fundamentalmente, en médicos y médicas de familia, profesionales de enfermería, y trabajadores y trabajadoras sociales de Atención Primaria de salud, así como en otras y otros profesionales implicados en la intervención en situaciones de violencia (véase profesionales de los servicios de urgencia, pediatría, salud mental, emergencias, etc.).

Es importante destacar la figura, actualmente extendida en todas las Organizaciones de Servicios Integrados y Redes de Salud Mental de Osakidetza, de las y los referentes sociosanitarios, cuya misión es apoyar en el seguimiento de las personas con necesidades sociosanitarias en su ámbito de actuación. Habitualmente, corresponde a personal de enfermería o de trabajo social, quienes responsabilizan de garantizar la asistencia requerida por las personas conjuntamente con los servicios sociales municipales u otros agentes (por ejemplo, con los servicios sociales especializados de responsabilidad foral).

En el caso que nos ocupa, si bien la guía de actuación para profesionales de la salud en la violencia de género en Euskadi está específicamente dirigida a los y las profesionales de Osakidetza, la identificación de una mujer víctima de violencia de género podrá proceder de cualquiera de las y los agentes de atención directa a las víctimas, que deberá iniciar los procedimientos definidos en los protocolos de actuación específicos.

La prevención y la búsqueda activa de casos son aspectos cruciales para la detección y actuación precoz con las mujeres y menores a cargo, y corresponden ser realizados de modo competente por cada profesional de Osakidetza dentro de su ámbito de trabajo.

De esta manera, la coordinación efectiva con profesionales del ámbito social u otras u otros implicados, se activa en la fase de intervención y, de manera específica, en el apoyo y seguimiento, pudiendo establecerse una evaluación conjunta por parte de las y los profesionales de Osakidetza y de los servicios sociales de base sobre, las necesidades del caso así como un diseño compartido del plan de acción y/o cuidados. En situaciones de urgencia social, la coordinación del caso se realizará entre las y los profesionales de Osakidetza y los Servicios Municipales y Forales de Urgencias Sociales.

De no realizarse dicha evaluación y plan de acción de manera conjunta deberá remitirse la información de las mismas al resto de agentes implicados o implicadas en la coordinación del caso a fin de establecer una hoja de ruta/plan de atención que facilite la atención simultánea y acorde a las necesidades presentadas por la mujer y sus familias.

En relación a esta cuestión, los sistemas de codificación y compartición de la información resultarán determinantes para una adecuada toma de decisiones por parte de las y los profesionales implicados y de los y las gestoras de los recursos sociosanitarios disponibles. La puesta en marcha de una Historia Sociosanitaria compartida por los equipos sociosanitarios será sin duda, el reto a alcanzar en el futuro inmediato.



Capítulo 5

CONTEXTOS DE ACTUACIÓN

5. CONTEXTOS DE ACTUACIÓN

CONTEXTO 1

ACTUACIÓN EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA O PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC)

Si una o un profesional de medicina o enfermería detecta una situación de violencia de género en la consulta de atención primaria seguirá las pautas indicadas para la **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA** que corresponden en el esquema general.

Esta actuación estará determinada por varios condicionantes:

- La limitación de tiempo en la consulta es un factor importante en el contexto de la atención primaria, tanto si la consulta es por un problema relacionado con la violencia como si ésta se detecta en el contexto de otros síntomas del proceso asistencial. El condicionante del tiempo obliga a intervenir con unos criterios básicos e iniciales para poder retomar la actuación en una consulta programada.
- La atención, que sea realizada por el o la profesional habitual de referencia para la paciente o no. Esta segunda situación puede producirse porque se trate de una atención urgente o porque su profesional se encuentre ausente. La relación de continuidad y de confianza establece unos lazos muy particulares entre la paciente y profesional. Si esta atención es prestada por el o la profesional de referencia, se dan las circunstancias idóneas para establecer la continuidad que un tema así requiere. Si no es así, seguir las pautas de la actuación inicial básica, facilitando la continuidad posterior con su profesional de referencia.
- En muchas ocasiones el maltratador es conocido y atendido por el mismo o la misma profesional de atención primaria que la mujer. La actuación con el maltratador debe ser cauta, siempre preservando la confidencialidad y cuidando de no poner en riesgo la integridad de la mujer. Hay que pensar si es prudente intervenir y si lo fuera, buscar el momento y las circunstancias oportunas para hacerlo.
- Si es el propio agresor el que solicita ayuda, la actuación irá dirigida según los criterios desarrollados en el capítulo previo. Ayudándole a reconocer sus comportamientos como inapropiados, manifestando la intolerancia a ellos y etiquetándolos como violencia de género. Nunca intentando una mediación o proponiendo una terapia de pareja, sino buscando la derivación a los recursos asistenciales específicos de programas para maltratadores.

La actuación inicial básica seguirá los criterios generales.



- **ESCUCHA** a la mujer.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA** del o de la profesional.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS.**
- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Si la atención inicial la realiza el o la profesional (de medicina o enfermería) de referencia para la mujer, la continuidad se asegurará con una cita programada para la intervención de apoyo y para establecer el plan de actuación, siempre que la mujer lo acepte. Si no es así, el o la profesional establecerá su intervención pudiendo actuar en futuras consultas, aunque éstas sean por otros motivos y ofrecer un plan de acompañamiento y acción.

Si la atención la realiza otro u otra profesional de Atención Primaria se asegurará siempre la continuidad asistencial informando a sus profesionales de referencia. La vía de comunicación resultará más sencilla sobre todo si se da en el propio centro de atención y se podrá realizar lo más directa y rápida posible siempre contando con la aceptación de la mujer.

- **REGISTRO.** Ver anexo 1.
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.**

¿CUÁNDO SE DEBE EMITIR UN PARTE DE LESIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valora un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para comenzar a modificar su situación vital.

En la Atención Primaria se suelen dar las circunstancias idóneas para realizar la **ACTUACIÓN DE APOYO Y SEGUIMIENTO** siguiendo los criterios generales desarrollados.



- **EVALUACIÓN.** Si la actuación inicial se ha desarrollado por el mismo o la misma profesional de referencia de la mujer, sólo será necesario retomar la intervención anterior e investigar los cambios que pudieran haberse dado en este tiempo. Retomar la escucha, la empatía y reevaluar los riesgos serán intervenciones necesarias.

- **PLAN.**

- **COORDINACIÓN INTERNA.** En la Atención Primaria se cuenta habitualmente con recursos sencillos para poder conocer la presencia de hijos e hijas y acceder a sus profesionales de referencia en pediatría o medicina de familia según la edad. La extensión a estas y estos profesionales se realizará lo más directa y rápida posible.

De la misma manera, si la mujer está siendo atendida por otros u otras profesionales de salud cuyo problema pueda verse afectado por la situación de violencia (salud mental, por ejemplo) también es recomendable establecer esa extensión del problema para iniciar una coordinación y planes de acciones conjuntos.

- **COORDINACIÓN EXTERNA.**

- **REGISTRO.**

- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.**

CONTEXTO 2

ACTUACIÓN EN ASISTENCIA DOMICILIARIA

El domicilio es uno de los lugares donde se puede producir la atención sanitaria. La prestación de servicios sanitarios a domicilio supone dar respuesta a problemas agudos y crónicos en contextos muy concretos:

- Será habitual que los y las profesionales de enfermería de Atención Primaria acudan al domicilio para atender situaciones de cronicidad, acompañadas en muchas ocasiones de las y los profesionales de medicina de familia.
- También determinadas situaciones agudas requieren atención en el domicilio por las y los profesionales habituales del primer nivel asistencial, por los equipos de atención domiciliaria urgente en horario no habitual del centro de salud o por los servicios de emergencias ante las situaciones más graves.
- Y otra de las situaciones en que se producen visitas al domicilio son cuando el o la paciente se encuentra atendido o atendida por los equipos de hospitalización a domicilio.

Hay que tener en cuenta que el domicilio genera la atención más directa y genuina del o de la paciente en su contexto habitual. El domicilio ofrece mucha información sobre factores que determinan la salud y permite a las y los profesionales hacerse conscientes de ellas.

La atención puede producirse por un motivo de consulta relacionado directa y explícitamente con un problema de violencia de género. O también, puede ocurrir que durante la atención por otro motivo se observen indicios de un problema de violencia de género que haga que se tenga que intervenir sobre él.

Si una o un profesional de medicina o enfermería detecta una situación de violencia de género durante la atención domiciliaria seguirá las pautas indicadas para la **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA** que corresponden en el esquema general. Esta actuación estará determinada por varios condicionantes:

- El domicilio es habitualmente también el domicilio del agresor. Será importante desde el principio preservar la confidencialidad e intimidad para abordar el problema con garantías de éxito.
- Valorar y garantizar la seguridad de la mujer, de los hijos e hijas y de las y los propios profesionales que atienden la situación. Tanto durante la atención como valorar en qué situación de riesgo se quedan estas personas cuando la actuación sanitaria haya concluido. Se procederá también, a la incautación de



las armas y/o instrumentos peligrosos que pudieran hallarse en el domicilio familiar o en poder del presunto agresor.

- En algunos casos se hará necesaria la presencia de las fuerzas de seguridad para asegurar una correcta atención desde las premisas anteriores. En otros, facilitar la evacuación de la mujer y los hijos e hijas si los hubiera a un lugar seguro será una medida oportuna.
- La atención a procesos sobre todo urgentes, genera en muchas ocasiones el desembarco de varias o varios profesionales diversos y a veces desconocidos que contribuyen a aumentar los temores y el desconcierto de la mujer y sus hijos e hijas. Presentarse, transmitir calma y favorecer la confianza son habilidades iniciales imprescindibles para asegurar el resto de la atención.

La actuación inicial básica seguirá los criterios generales.



- **ESCUCHA** a la mujer en un lugar adecuado del domicilio. Será necesario buscar un lugar privado para que se sienta con libertad de contar lo que quiera y en los términos que quiera sin condicionantes por la presencia de terceras personas. Un lugar alejado de la presencia y control del supuesto agresor resultará una medida obligada si queremos buscar la complicidad de la mujer. También a veces las hijas e hijos pueden condicionar esta comunicación y deber ser separados y/o entrevistados en privado en otro momento.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA** del o de la profesional.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS** que precisen el traslado a otros dispositivos de atención.
- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Si la atención inicial la realiza el o la profesional (de medicina o enfermería) de referencia para la mujer, la continuidad se asegurará con una cita programada para la actuación de apoyo y para establecer el plan de acción. Si la atención la realiza otro u otra profesional de Atención Primaria, Emergencias u Hospitalización a Domicilio y no deriva a otro nivel asistencial, se asegurará siempre la continuidad informando a sus profesionales de referencia.

- **REGISTRO.** Hay que intentar superar las dificultades de la anotación cuando éstas se producen en diferentes sistemas informáticos o registros en papel de tal manera que se asegure la continuidad asistencial y el registro de datos de cara a las estadísticas.
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.**

¿CUÁNDO SE DEBE EMITIR UN PARTE DE LESIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valora un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para comenzar a modificar su situación vital.

El informe de alta que realizan los equipos de atención domiciliaria urgente, los servicios de emergencias y las y los profesionales de hospitalización a domicilio se deberán realizar con cuidado valorando la información que se recoge en el mismo sobre la violencia de género teniendo en cuenta que la prioridad es garantizar la seguridad de la mujer. Si la información ha sido recogida en la historia clínica o si se ha realizado un parte de lesiones, eso ya podrá garantizar la continuidad asistencial y los datos recogidos en el informe de alta pueden no resultar de tanta relevancia.



CONTEXTO 3

ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Si el personal de salud durante la atención de urgencias hospitalarias detecta una situación de violencia de género seguirá las pautas indicadas para la **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA** que corresponden en el esquema general

En el servicio de Urgencias es importante garantizar en todo momento la intimidad, la confidencialidad y la seguridad en todo el proceso de atención. Durante la acogida de la mujer tendremos en cuenta:

- Identificación precoz, a ser posible desde el triaje, de las pacientes víctimas de violencia de género.
- Si la paciente acudiera sola, se procurará que esté acompañada durante la estancia en el Servicio de Urgencias por personal sanitario, a ser posible femenino.
- Ubicación dentro del servicio de urgencias (Boxes, zona ambulante...) garantizando las premisas antes mencionadas (intimidad, confidencialidad y seguridad), evitando la sala de espera.
- Desde el momento en que se identifique un caso de violencia de género, se avisará al personal de seguridad, de cara a controlar las visitas y acompañantes para evitar situaciones de riesgo por la presencia del maltratador.



En la intervención inicial básica desarrollaremos los mismos criterios que se han establecido en el capítulo general teniendo en cuenta las peculiaridades propias del contexto asistencial en urgencias.

- **ESCUCHA** a la mujer.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA** del o de la profesional.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS.** La primera valoración en urgencias se centrará en las lesiones o los riesgos para su salud física que pudieran ser detectados, estableciendo el diagnóstico y el tratamiento adecuado prestando la atención en relación a las lesiones y síntomas que presente.

También se atenderá la situación psicológica realizando una valoración que determine si es necesaria la atención urgente por parte de psiquiatría de guardia.

Si la situación social de la mujer lo requiriera (por la relación con el agresor, la falta de seguridad, el aislamiento o la presencia de hijos e hijas, etc.) se solicitará la actuación urgente de los servicios sociales (Ver Anexo 4) y/o policiales.

- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Desde el servicio de urgencias se asegurará siempre la continuidad asistencial informando al personal de Atención Primaria de referencia de la mujer. La vía de comunicación podrá establecerse a través de la continuidad de cuidados o de una cita no presencial con el primer nivel de salud. Estos y estas profesionales se encargan de realizar la actuación de apoyo diferido que facilite un plan de actuación posterior. Podrá ser de utilidad proporcionar información de apoyo: teléfonos, páginas web o recursos que puedan ser de interés para la mujer (Ver Anexo 4). Así mismo, en los casos en los que se estime oportuno, desde el Servicio de Urgencias se ofertará a la mujer la posibilidad de hacer un seguimiento por parte de los Servicios Sociosanitarios.
- **REGISTRO.** Toda nuestra actuación debe quedar registrada ya que la historia clínica de la mujer es la herramienta fundamental de continuidad asistencial y de aporte de información a la propia mujer o a las instancias judiciales. Se registrarán todas las actividades realizadas elaborando el informe oportuno en el que se detallen las lesiones que presenta. Se establecerá la codificación correspondiente a través de CIE10 (Ver Anexo 1) o marcando la casilla “violencia de género”. Siempre debemos valorar si la entrega del informe de alta supone un riesgo para la mujer por el acceso que pueda tener el maltratador, valorando entregar el informe a familiares o acompañantes si fuera necesario.
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.** El o la profesional responsable de la asistencia cumplimentará el modelo de parte de lesiones correspondiente informando a la mujer y enviando una copia al juzgado. Si la mujer se niega a que se emita el parte al juzgado, se valorarán los riesgos de no emitirlo en ese momento. Así mismo, si existe se debe incorporar el informe realizado por el área social. Los criterios de valoración y de elaboración del parte se describen en el Anexo adjunto. (Ver Anexo 2).

El informe de alta se deberá realizar con cuidado valorando la información que se recoja en el mismo sobre la violencia de género teniendo en cuenta que la prioridad es garantizar la seguridad de la mujer. Si la información ha sido recogida en la historia clínica eso ya garantizará la continuidad asistencial con sus profesionales de atención primaria o de otro nivel. De la misma manera, si ha sido pertinente la elaboración de un parte de lesiones ya estará garantizada la comunicación con el sistema judicial. En estas situaciones en que está garantizada la comunicación y continuidad, los datos recogidos en el informe de alta pueden no resultar de tanta relevancia.



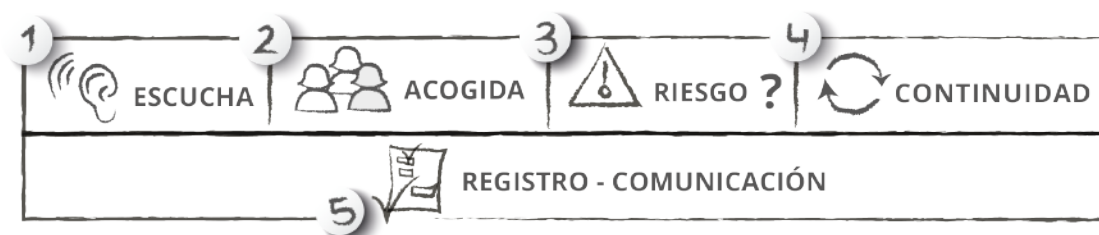
CONTEXTO 4

ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA EN HOSPITALIZACIÓN O CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

Puede ocurrir que una o un profesional del segundo nivel asistencial durante su actividad en consulta externa o durante la hospitalización sea partícipe de la situación de violencia que una mujer está sufriendo. Bien como consecuencia de los signos y síntomas que presenta, bien porque la mujer lo comunique directamente.

Desde el mismo momento en que se identifique un caso de violencia de género en una mujer hospitalizada se avisará al personal de seguridad, de cara a controlar las visitas y acompañantes y evitar situaciones de riesgo por la presencia del maltratador.

La **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA** será la siguiente:



- **ESCUCHA** a la mujer.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA** del o de la profesional.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS.** Si la mujer es atendida en la consulta externa hospitalaria y se detectan riesgos físicos o psicológicos que requieran valoración urgente, se derivará al servicio de urgencias de forma rápida y segura acompañada por profesionales de salud y/o de seguridad. Si no requieren la valoración urgente, se realizarán las interconsultas necesarias a otros u otras profesionales según la anatomía y gravedad de las lesiones. Las y los profesionales de trabajo social del hospital intervendrán para organizar la vuelta al domicilio o cuando se requiera una actuación urgente, actuando coordinadamente con los servicios sociales municipales y de otros organismos para poner en marcha los diferentes apoyos.
- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Al alta hospitalaria (o desde la consulta externa) se establecerán mecanismos que aseguren la continuidad asistencial de la mujer también en la atención a la violencia de género. Se informará a las y los profesionales de Atención Primaria de referencia de la mujer mediante la vía de la continuidad de cuidados o de una cita presencial o no presencial con el primer nivel de salud. Serán estos o estas profesionales quienes se encarguen de realizar la Actuación de Apoyo Diferido que facilite un plan de actuación

posterior. Y si han intervenido las y los profesionales de trabajo social también se establecerán medidas de continuidad con los servicios sociales de base.

- **REGISTRO.** Ver Anexo 1.
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.** En caso de hospitalización, el informe de alta y el de continuidad de cuidados se deberán realizar con cautela valorando la información que se recoja en los mismos sobre la violencia de género teniendo en cuenta que la prioridad es garantizar la seguridad de la mujer. Si la información ha sido recogida en la historia clínica eso ya garantizará la continuidad asistencial con sus profesionales de atención primaria o de otro nivel. De la misma manera, si ha sido pertinente la elaboración de un parte de lesiones ya estará garantizada la comunicación con el sistema judicial. En estas situaciones en que está garantizada la comunicación y continuidad, los datos recogidos en el informe de alta pueden no resultar de tanta relevancia.



CONTEXTO 5

ACTUACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Dado que las mujeres con TMG viven situaciones de especial vulnerabilidad para sufrir violencia de género es recomendable que todas las personas componentes de los equipos de Salud Mental que tratan a estas mujeres lo hagan con perspectiva de género y tengan formación específica en violencia de género.

Desde esa premisa, existen algunas consideraciones específicas para la atención de estas mujeres:

- Se le debe entrevistar a la mujer a solas e incluir en la evaluación inicial preguntas directas sobre el tema, adecuadas y abiertas para que pueda expresarse. Dejar siempre la puerta abierta para seguir hablando del tema en el futuro. Asimismo retomar el tema periódicamente o cuando haya sospechas. Expresar claramente que nunca está justificada la violencia.
- Ser proactivo o proactiva ante situaciones que generan sospecha como por ejemplo, la falta reiterada a las citas, la negativa a comentar problemas en casa, el aumento de su aislamiento social, los comentarios sobre el deseo de abandonar el hogar, los accidentes reiterados, la ocultación de lesiones o el aumento de los síntomas psíquicos o físicos, entre otros.
- El esfuerzo por hacer nuestras explicaciones comprensibles debe ser máximo. Es un tema delicado y complejo. Por ello nuestra preocupación debe ir enfocada a que la mujer comprenda y se haga cargo de la situación en la medida de sus posibilidades.
- Los planes de seguridad en estos casos deben ser muy explícitos, con mayor supervisión y apoyo cercano.
- La coordinación con los servicios sociales y con las y los trabajadores sociales de los equipos de Salud Mental debe ser mucho más estrecha si cabe, ya que ellos y ellas podrán detectar y gestionar muchos recursos de forma más efectiva.

Ante un caso de violencia de género en una mujer con **TMG** la **ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA** se estructurará con el esquema general propuesto:



- **ESCUCHA** activa. Importante creer en el relato de la mujer sin ponerlo en duda, ayudándole a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones, siempre respetando su ritmo de decisiones.
- **EMPATÍA** del o de la profesional. En este aspecto es importante aclarar bien la situación con ella y manifestar nuestro apoyo de la forma más comprensible posible. Hacerle sentir que ella no es culpable.
- **VALORACIÓN DE RIESGO.** Valorar la estabilidad psicopatológica de su TMG es básico. También es fundamental saber su historia de violencia y el tipo de violencia que sufre (años, progresión, grados), tanto a través de la información que nos da la paciente como la información disponible en la historia clínica. Asimismo explorar la red de apoyo familiar y social, el nivel de aislamiento, el grado de autonomía de la mujer, sus recursos económicos y sociales. Valorar riesgo de las hijas e hijos si tienen y conocer la relación actual con el agresor, si conviven, está en proceso de separación o piensa en abandonar del domicilio, ésta última es la situación de mayor riesgo. Hay situaciones de alarma graves que requerirán derivación urgente a través de Trabajadoras y Trabajadores Sociales.
- **CONTINUIDAD.** Debemos asegurar la continuidad de cuidados derivando a la paciente a la profesional de referencia para que pueda hacer una intervención de apoyo diferida, más pausada y planificada. Son pacientes normalmente en seguimiento por los servicios de Salud Mental y las y los profesionales de referencia deben estar informados para asegurar la continuidad de la atención inicial, pero también sería una buena práctica informar de la situación al equipo de Atención Primaria.
- **REGISTRO** en la Historia Clínica: El decreto 38/2012 sobre Historia clínica, del Gobierno Vasco, dice en su artículo 7.3: “Las anotaciones subjetivas de las y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la intimidad de las personas, sospecha de malos tratos y, en general, aquella información que no haya sido facilitada a la persona paciente debido a un estado acreditado de necesidad terapéutica, deberán quedar claramente identificados respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa”.

Esto quiere decir, que los evolutivos deben ir aparte, con un encabezado. Por ejemplo: INFORMACION CONFIDENCIAL POR SOSPECHA DE MALOS TRATOS (Art.7.3-Decreto 38/2012 del G. Vasco).

- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.**

En la continuidad de la atención se realizará la **ACTUACIÓN DE APOYO Y SEGUIMIENTO** siguiendo los criterios generales desarrollados y coordinados entre su servicio de Salud Mental de referencia y las y los profesionales de Atención Primaria.



- **EVALUACIÓN.** Si la actuación inicial se ha desarrollado por el mismo o la misma profesional de referencia de la mujer, sólo será necesario retomar la escucha con empatía y re-evaluar los riesgos periódicamente.
- **PLAN.** Establecer un plan de acción teniendo en cuenta sus condicionantes psicopatológicos y sociales.
- **COORDINACIÓN INTERNA.** En relación con las y los profesionales de Atención Primaria y de Pediatría que atienden a los hijos e hijas, si los hubiera.
- **COORDINACIÓN EXTERNA.** La presencia de trabajadores o trabajadoras sociales en los equipos de Salud Mental facilita enormemente la coordinación y el establecimiento de planes conjuntos de acción. Además, éstos y éstas serán fundamentales en la coordinación con otros servicios sociales que puedan desarrollar programas y recursos de apoyo específicos para situaciones de violencia de género.
- **REGISTRO** en la historia clínica (ver apartado “registro” anterior).
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.**



Capítulo 6

CUIDADO DEL O DE LA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ATIENDE A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

6. CUIDADO DEL O DE LA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ATIENDE A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA GÉNERO

Los estereotipos de las representaciones sociales acerca de los hombres y las mujeres son propios de un modelo de género tradicional vigente en nuestra sociedad. Las y los profesionales sanitarios no son ajenos a ellos y muchas veces, sesgan las actuaciones ante situaciones de violencia. Estas actuaciones sesgadas tienen por efecto ignorar, minimizar o restar credibilidad a los síntomas y al sufrimiento de las mujeres. Si en la consulta se percibe o escucha alguna situación de este tipo y se deja pasar, se están validando implícitamente, y se está produciendo un pacto tácito de inmovilidad ante factores determinantes de género. Por esto es necesario, que los y las profesionales mantengan una actitud activa, de autoobservación y mirada crítica sobre su práctica, reconociendo y evitando actuaciones clínicas que pudieran estar bajo esa influencia de los estereotipos³³.

Así, insistimos en la necesidad de que todas y todos los profesionales realicen formación en incorporar la perspectiva de género y también en violencia de género, para adquirir las competencias necesarias y ofrecer una adecuada atención profesional. Entender los patrones socio-culturales del género, cómo se produce la violencia en la pareja, cómo es el proceso, las consecuencias que tiene para las mujeres en esta situación, es esencial para un abordaje riguroso del problema que ayude a superar obstáculos que se presentan en el proceso de atención.

A menudo resulta difícil para los y las profesionales tener una posición activa frente a situaciones que les pueden implicar personalmente como son las situaciones de violencia de género.

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

Las y los profesionales tienen que ser conscientes de las emociones que generan en uno mismo las actitudes y comportamientos de las mujeres y de sus agresores

³³ Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

porque si no se elaboran adecuadamente, se convierten en barreras para la intervención, como la sobre implicación o el rechazo y también en una sobrecarga emocional para el o la profesional que puede tener consecuencias psicológicas.

El autocuidado del o de la profesional es esencial para prevenir el burnout o síndrome del quemado³⁴. El autocuidado como práctica debe asumirse con la convicción de procurarse cuidados acordes a sus propias necesidades. Lo que implica un proceso paulatino de toma de conciencia acerca de las propias carencias, expectativas, vulnerabilidad, y también de sus fortalezas y recursos personales. A partir de aquí, se puede elaborar un plan de acciones orientadas a su propio cuidado y bienestar general³⁵.

Algunas de las estrategias que pueden ser de utilidad para el autocuidado podemos señalar:

- Formación para comprender la complejidad de la violencia de género y adquirir competencias para la intervención.
- Buscar espacios para compartir información y experiencias con profesionales.
- Tomar conciencia de las propias ideas, creencias, vivencias, afectos que ayuden a entender nuestras reacciones y nuestra forma de relacionarnos con estas mujeres en situación de VG y desarrollar habilidades de afrontamiento que disminuyan los aspectos negativos de la experiencia en la atención a estas mujeres.
- Seguir patrones de vida saludables y promover espacios de trabajo saludables que ayude al bienestar.

³⁴ Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press

³⁵ Cantera, L. & Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. Psicoperspectivas, 13(2), 88-97. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2- FULLTEXT-406



Capítulo 7

GLOSARIO DE TÉRMINOS

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

Aborto y esterilización forzosos

Cualquier práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado y/o el hecho de practicar una intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de modo natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.

Fuente: Adaptado del Convenio de Estambul, 2011.

Abuso sexual

El abuso sexual es un comportamiento verbal, no verbal o físico con connotaciones sexuales hacia una persona o un grupo que se basa en el abuso de poder y de confianza. Puede ser intencionado o no intencionado. El abuso sexual implica una actividad sexual no consentida o para la que no se puede dar consentimiento (en el caso de las niñas menores de edad).

Fuente: Emakunde, "Guía para la prevención de acoso y abuso sexual a mujeres en el deporte. Pautas para un protocolo".

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/29.guia.deporte.pdf

Acoso sexual

Cualquier comportamiento no deseado de índole sexual, verbal o físico, dirigido contra una persona, con el propósito de atentar contra su dignidad, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante, humillante u ofensivo.

Fuente: Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2005/03/0500982a.pdf>

Agresión sexual

Se trata de un acto de violencia física y sexual contra una persona en circunstancias coercitivas que vulnera su integridad personal y autonomía sexual, que puede incluir actos que no impliquen penetración y en el que víctimas y agresores pueden pertenecer a cualquier género.

Fuente: Adaptado de ONU Mujeres. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres: <http://www.endvawnow.org/es/articles/453-definicion-de-agresion-sexual-y-otros-elementos.html?next=457>

C

Ciberviolencia o violencia a través de las redes

Violencia de género que se perpetra a través de la comunicación electrónica e internet. La ciberviolencia contra mujeres y niñas puede adoptar diferentes formas, que incluyen, entre otras, la pornografía no consentida (o «venganza pornográfica»), los insultos y el acoso por motivos de género, la práctica de «tildar de prostituta», la pornografía no solicitada, la «extorsión sexual», las amenazas de violación y de muerte, el «doxing» (reunir y difundir públicamente datos privados de alguien por internet) y la trata de seres humanos facilitada por medios electrónicos.

Fuente: Adaptado del informe: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf

Ciberacoso

El ciberacoso puede adoptar numerosas formas, entre las que destacan el empleo de mensajes de correo electrónico, de texto (o en línea) sexualmente explícitos y no deseados; las insinuaciones inapropiadas u ofensivas en redes sociales o salas de chat en internet; las amenazas de violencia física o sexual proferidas por correo electrónico o mensajes de texto (o en línea); la incitación al odio, entendida como el uso de un lenguaje que denigre, insulte, amenace o ataque a una determinada persona a causa de su identidad (género) y otras características (como su orientación sexual o discapacidad).

Fuente: Adaptado del informe: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf

Ciberhostigamiento

Hostigamiento que se comete por correo electrónico, con mensajes de texto (o en línea) o en internet mediante la publicación de comentarios ofensivos, o por el hecho de compartir fotografías o vídeos íntimos de la víctima a través de internet o del teléfono móvil.

El hostigamiento conlleva la existencia de incidentes reiterados que pueden constituir o no actos inocuos por separado, pero que, combinados, socavan la sensación de seguridad de la víctima y provocan angustia, miedo o alarma.

Fuente: Adaptado del informe: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf



Ciclo de violencia de género

Cada una de las tres fases en las que se desarrollan las interacciones violentas que se vinculan a un aumento de tensión en las relaciones de poder establecidas en el maltrato a la mujer (y a las menores a cargo o personas dependientes). Estas tres fases se corresponden con fase de acumulación de tensión; fase de explosión de la violencia, también conocida como fase aguda o de estallido; y fase de arrepentimiento, también conocida como fase de calma o de luna de miel.

Fuente: Elaboración propia.

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica o Convenio de Estambul (2011)

<https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

Primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica, y el tratado internacional con mayor alcance para hacer frente a la grave violación de los derechos humanos que suponen ambos tipos de violencia y para promover la tolerancia cero de la violencia hacia la mujer.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (también conocido como Convenio de Estambul), abierto a la firma en Estambul el 11 de mayo de 2011, entró en vigor de forma general con su ratificación por 10 estados miembros y para España el 1 de agosto de 2014. Su mayor contribución es el reconocimiento de la violencia contra la mujer en todas sus formas (la violencia física, psicológica y sexual; la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada) como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de manera adecuada.

Fuente: Elaboración propia.

D

Denuncia por violencia de género

Acto por el que se pone en conocimiento de la autoridad judicial mediante un parte de lesiones -elaborado por un o una profesional sanitario aquellos hechos que pueden constituir un delito de violencia de género.

La denuncia por violencia de género no es una obligación legal absoluta en cualquier contexto o circunstancia. Si una mujer víctima de violencia no consiente en denunciar, el o la profesional que la atienda deberá valorar los riesgos

inmediatos de no hacerlo y actuar prudentemente ya que tienen la obligación moral y legal de asistir a la víctima, prevenir el maltrato en cualquiera de sus formas y procurar su mayor interés dentro del respeto a su voluntad.

Fuente: Elaboración propia.

E

Empoderamiento de las mujeres

1. El término empoderamiento es una traducción literal del concepto inglés “empowerment” y significa “ganar poder” como persona o grupo, fortalecerse, en la posición social, económica y política. En el contexto de la igualdad de mujeres y hombres, alude al proceso de toma de conciencia individual y colectiva de las mujeres, que les permite aumentar su participación en los procesos de toma de decisiones y de acceso al ejercicio de poder y a la capacidad de influir. (IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres)
2. Se refiere a la ampliación de la habilidad de las mujeres de hacer elecciones estratégicas en sus vidas en un contexto en el que esta habilidad solía estar limitada. (En INSTRAW basado en Kabeer, N. Reflections on the Measurement of Women`s Empowerment”)
3. Concepto central de la perspectiva de género. Incluye el fortalecimiento de la posición social, económica y política de las mujeres. Su objetivo es reducir o eliminar las relaciones de poder entre los sexos. Es importante destacar que el término poder se utiliza en el sentido de “poder para”-, por ejemplo, el reconocimiento de propias capacidades y habilidades para ejercer influencia, poder, y liderazgo en algunas o todas las relaciones sociales, y actuar en función de ese reconocimiento- y no en el sentido de poder sobre otras personas. (“Presupuestos Públicos en clave de género”, Emakunde)

Fuente: Emakunde.

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/politicas_evaluaciones_2/es_def/adjuntos/GLOSARIO%20DEFINITIVO%20web.htm

G

Género

Papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente contruidos que una sociedad determinada y en una época concreta considera propios de mujeres o de hombres y que son objeto de aprendizaje a través de procesos de socialización.

Fuente: Adaptado del Convenio de Estambul, 2011.



Grooming

También denominado cybergrooming, childgrooming (abuso sexual de menores) o engaño pederasta, se refiere al acoso cometido por una persona adulta – generalmente bajo una falsa identidad- en un contexto virtual en el que tras ganarse la confianza de un o una menor de edad este es objeto de coacción con fines de satisfacción sexual, ya sea para el abuso sexual del o de la menor o el logro de otro tipo de favores sexuales con el fin de obtener imágenes eróticas o pornográficas de éste o ésta.

Fuente: Elaboración propia.

M

Maltrato infantil

Toda forma de violencia que se perpetra contra un o una menor. Comprende aquellos tipos de acciones y/ u omisiones que causan daño a las y los menores, ya sean de tipo físico (maltrato físico); daños emocionales, daños cognitivos o comportamentales (maltrato psicológico o emocional), considerando también maltrato infantil a los actos de negligencia (entendida como privación de los cuidados necesarios o de las necesidades básicas, incluyendo la alimentación, la higiene, la ropa, adecuada al clima, la asistencia y los cuidados sanitarios, entre otros) que perjudican a la atención esencial para el desarrollo de las y los menores, el abandono y el abuso sexual.

Fuente: Adaptado de tipos de maltrato infantil recogido por Sanmartín et al. Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en la familia en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

Menores expuestos o expuestas

Niñas y niños que sufren directamente la violencia en sus hogares, donde se ven inmersos en situaciones de opresión y control y experimentan una relación basada en el abuso de poder y la desigualdad dentro de sus hogares. Algunos autores (G. Holden) clasifican las diferentes formas en las que esta exposición puede producirse: perinatal, cuando se refiere a la violencia física o psicológica que experimenta una mujer durante el embarazo; por intervención, cuando el niño o niña intenta hacer o decir algo para proteger a la víctima; por victimización, cuando el o la menor es objeto de violencia psicológica o física en una agresión a la adulta; como testigo al presenciar directamente las agresiones físicas y/o verbales; por la escucha de las discusiones y peleas; a consecuencia de la observación de las consecuencias inmediatas de la agresión (moratones y heridas, objetos y mobiliario rotos, presencia de personas extrañas (sanitarios o sanitarias, policía, etc.), reacciones emocionales intensas en personas adultas,

etc.); por sufrir secuelas derivadas de la afectación física o emocional de la madre; y por escuchar testimonios de lo sucedido en conversaciones entre personas adultas; por desconocimiento, cuando los actos de violencia contra la mujer suceden en ausencia de los menores o lejos de la residencia familiar.

Fuente: Adaptado de tipos de maltrato infantil recogido por Sanmartín et al. Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en la familia en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
<https://investe.es/menores-expuestos-a-violencia-de-genero/>

Matrimonio forzado

El hecho de obligar a una persona adulta o un o una menor a contraer matrimonio y el hecho de engañar a una persona adulta o un o una menor para llevarlo al territorio de una parte o de un Estado distinto a aquel en el que reside con la intención de obligarlo a contraer matrimonio.

Fuente: Adaptado de Convenio de Estambul, 2011.

Mujer superviviente o sobreviviente

Mujer que ha sido sometida a violencia de género y ha superado su rol de víctima centrándose en la reparación de los daños causados por la violencia de género para lograr su bienestar integral.

Fuente: Elaboración propia.

Mujer víctima de violencia

Toda mujer sometida a actos de violencia fundamentada en el género que implican o pueden implicar para la mujer daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada.

Fuente: Adaptado del Convenio de Estambul, 2011.

Mutilación genital femenina

La escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer; el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos de escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores o de proporcionarle los medios para dicho fin; y el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados o de proporcionarle los medios para dicho fin.

Fuente: Adaptado del Convenio de Estambul, 2011.



P

Parte de lesiones por violencia de género

Documento médico-legal con el que una o un profesional sanitario se traslada información sanitaria a la autoridad judicial con la finalidad de poner en conocimiento la existencia de un posible delito de violencia de género y que el cuerpo forense de los juzgados de violencia pueda emitir un informe pericial de calidad donde se valoren las lesiones y se ejerza la protección adecuada de la mujer. El parte de lesiones por violencia de género, a diferencia de del parte de lesiones general, activa de oficio un expediente judicial sancionador independientemente de la voluntad de la víctima.

Fuente: Elaboración propia.

Pornografía no consentida

Conocida asimismo como ciberexplotación o «venganza pornográfica», la pornografía no consentida implica la distribución en línea de fotografías o vídeos sexualmente explícitos sin el consentimiento de la persona que aparece en las imágenes. La persona autora de estos actos suele ser una expareja que obtiene las imágenes o los vídeos en el transcurso de una relación anterior y con ellos se proponen avergonzar y humillar públicamente a la víctima como venganza por haber puesto fin a la relación.

Fuente: EIGE (European Institute for Gender Equality) .

T

Trata de seres humanos

La captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, incluido el intercambio o transferencia de control sobre esas personas, cuando se emplee violencia, intimidación o engaño, o se abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima.

Fuente: Elaboración propia.

V

Víctima de trata

Cualquier persona física de la que existan indicios de que haya sido objeto de la imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad; la explotación sexual, incluida la pornografía; la explotación para realizar actividades delictivas; la extracción de

sus órganos corporales y la celebración de matrimonios forzados. Se considerará víctima de trata a la persona física de la que existan indicios de que ha sido objeto de alguna de las conductas descritas anteriormente, aun cuando la explotación no se haya consumado y con independencia de la existencia de denuncia por parte de la supuesta víctima.

Fuente: Elaboración propia.

Violencia contra las mujeres

Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón del sexo que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad que se produzcan en la vida pública o privada. Con este término se hace referencia también, a la violencia que se produce más allá del ámbito de la pareja o ex pareja y que a veces recibe la denominación de “violencia machista”, como concepto con el que se hace referencia a todas las formas de violencia basadas en la discriminación de las mujeres expresadas en el Convenio de Estambul (2011).

Fuente: Adaptado de Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres. BOPV, 42, 2 de marzo de 2005, Convenio de Estambul (2011) y Plan Estratégico para la Igualdad de Género de la ciudad de Madrid 2018-2020. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/29.guia.deporte.pdf

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicaciones/Plan%20Estratégico%20para%20la%20igualdad%202018-2020/ficheros/ANEXOIIIGLOSARIOCONCEPTOS.pdf>

Violencia cultural

Aspectos de la cultura y la vida social, ejemplificados por la religión, la ideología, el lenguaje, el arte, el derecho y la ciencia, que pueden utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa o estructural, haciendo que la violencia directa y estructural no parezca dañina, o incluso se sienta como correcta.

Fuente: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia de odio o crímenes motivados por odio, prejuicio o intolerancia

Se definen como aquellos delitos (de alcance físico, psicológico, de infraestructura o propaganda) cometidos por una motivación de prejuicio, intolerancia o rechazo a una característica de la víctima, como su confesión religiosa, raza, sexo, orientación sexual, país de origen, identidad de género u otra característica que haga a la víctima partícipe de un grupo concreto.

Fuente: EIGE (European Institute for Gender Equality).



Violencia doméstica

Todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguas o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima.

Fuente: Convenio de Estambul, 2011.

Violencia económica y patrimonial

Todo acto que impida el acceso o implique el control intencionado del uso y distribución del dinero y/o el patrimonio, así como la amenaza de privación al acceso a recursos económicos o patrimoniales.

Fuente: Elaboración propia.

Violencia espiritual

Destrucción de las creencias culturales o religiosas de las mujeres mediante el castigo, la ridiculización o la imposición de un sistema de creencias ajeno al propio. Incluye el sometimiento e invisibilidad de las creencias culturales o religiosas de las mujeres o el analizarlas desde una perspectiva etnocéntrica.

Fuente: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia estructural

Violencia sin un actor claro, y que está incorporada e inherente a la estructura de una sociedad. A menudo se dirige a las mujeres y se mantiene a través de la socialización de género, los estereotipos de género y una amenaza constante de violencia, formas todas que identifican insidiosamente a las mujeres como inferiores, influyendo en sus acciones en todos los niveles. La violencia estructural se entiende, por tanto, como explotación social y poder desigual (y, en consecuencia, oportunidades de vida desiguales), que se convierten en parte del orden social. Con respecto a la violencia contra las mujeres, la desigualdad estructural y el desequilibrio de poder crean las condiciones para la subordinación social de las mujeres.

Fuente: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia física

Toda acción realizada voluntariamente que provoque o pueda provocar daños y lesiones físicas en las mujeres. Incluye el uso de la fuerza física o de objetos para atentar contra su integridad física con diferentes tipos de agresiones (empujones

o empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, pellizcos, mordiscos, quemaduras, mutilación genital, tortura, estrangulamiento, apuñalamiento, asesinato, etc.).

Fuente: Adaptado de Convenio Estambul (2011) y EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia machista

La violencia machista se refiere a todas aquellas acciones que contribuyen al menoscabo sistemático de la dignidad, la estima y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y personas con una identidad de género y/o sexualidad distinta a la normativa. Es un tipo de violencia estructural, que se encuentra presente en todas las sociedades y todos los espacios sociales, aunque se da en distintos niveles y mediante diferentes mecanismos dependiendo de diversas cuestiones de raza, clase y pertenencia a determinado grupo étnico.

Esta violencia es una expresión de la desigualdad que impone el patriarcado y, a su vez, es el instrumento que garantiza su continuidad. Se arma a través de tres ámbitos: la violencia simbólica, que genera los prejuicios y el ideario; la violencia estructural, con todas las instituciones que garantizan la discriminación; y la violencia material, en todas sus expresiones concretas de violencia directa.

Fuente: Diccionario de asilo de CEAR Euskadi (2014).

<http://diccionario.cear-euskadi.org/violencia-machista/>

Violencia política o institucional

Uso de un doble código por el que se legitima alguna forma o expresión de violencia mientras se lucha contra otras formas de esta; también la omisión de actuaciones contra ella constituye una forma de violencia. Se manifiesta cuando las instituciones (educativas, legislativas, judiciales, etc.) no desarrollan políticas de igualdad de oportunidades o las desarrollan insuficientemente, cuando no se implementan programas de prevención de la violencia, cuando se permite la violencia y/o no se protege a las mujeres que la sufren, etc.

Fuente: Adaptado de EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia psicológica

El hecho de atentar gravemente contra la integridad psicológica de una persona mediante coacción o amenazas tales como: acción, normalmente de carácter verbal o económico, que provoca o puede provocar daño psicológico en las mujeres. Incluye el empleo de mecanismos de control y comunicación que atentan contra su integridad psicológica, su bienestar, su autoestima o su consideración, tanto pública como privada, ante las demás personas, como podrían ser: ningunearla, denigrarla, despreciar lo que hace; hacer que se sienta



culpable; tratarla como si fuera una esclava; hacer comentarios desatentos sobre su físico; humillarla en público o en privado; crearle una mala reputación; obligarla a rendir cuentas sobre sus relaciones o contactos con otras personas; obligarla a romper sus amistades; prohibirle hablar con personas del otro sexo; mostrar celos de las amistades de ella; limitar su espacio vital o no respetarlo; bromas y chistes machistas o de contenido denigrante; infravaloración de sus aportaciones o ejecuciones; insultos públicos o privados; las amenazas y la intimidación; el chantaje emocional; las amenazas de suicidio si manifiesta su deseo de separarse; etc.

Fuente: Adaptado del Convenio de Estambul, 2011 y EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia sexual

Cualquier acto sexual no consentido o intento de obtener un acto de naturaleza sexual que se realice en otra persona sin su consentimiento libre, independientemente de la relación entre el perpetrador y la víctima, en cualquier entorno, incluidos, entre otros, el hogar (violación conyugal) y el trabajo.

Fuente: Adaptado de EIGE (European Institute for Gender Equality).

Violencia simbólica

Violencia suave, invisible, generalizada que se ejerce a través de la cognición y el reconocimiento erróneo, el conocimiento y el sentimiento, a menudo con el consentimiento involuntario o la complicidad de las personas dominadas.

Está incorporada en los modos de acción y en las estructuras de conocimiento de las personas e impone el espectro de la legitimidad del orden social caracterizado por la dominación masculina. Las manifestaciones de violencia simbólica reconocen la violencia estructural y directa.

Fuente: Adaptado de EIGE (European Institute for Gender Equality).



Capítulo 8

ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1: REGISTRO

El registro debe realizarse en la historia clínica por el o la profesional en el que la mujer ha depositado su confianza, ya sea personal de medicina, enfermería, del ámbito de la urgencia, de la atención primaria...Es importante que el personal de salud sepa actuar para recibir a la mujer en el lugar apropiado en un clima de confianza, invirtiendo el tiempo necesario en la escucha y facilitando la expresión de sus sentimientos.

Los sistemas de información actuales facilitan desde la historia clínica una visión completa de la información que se genera tanto en Atención Primaria como en el Hospital, siendo los registros compartidos entre todo el personal profesional de salud y los diferentes ámbitos asistenciales, lo que facilita adoptar decisiones que garanticen la atención integral de las mujeres que sufren violencia de género.

Evitar la variabilidad en los registros que realizan los y las profesionales de salud y evitar el infrarregistro en la detección de estas situaciones es primordial para garantizar su abordaje y seguimiento además de describir la realidad existente, a través del análisis epidemiológico de los casos detectados.

Con el fin de facilitar el registro en la historia clínica se han habilitado las siguientes mejoras:

- Una guía común para Osabide Global y Osabide Global Primaria, que sirve como ayuda al personal clínico en la toma de decisiones en base a las intervenciones descritas en el protocolo establecido.
- Se han integrado las variables clínicas contenidas en el dominio 9 de Osanaia con el formulario de registro de violencia de género existente en Osabide Global, de forma que cualquier profesional que presta atención a estas mujeres pueda conocer y disponer de la información actualizada en ambas aplicaciones.
- Actualización del Formulario de violencia de género.
- Nuevo check en Urgencias Hospitalarias.
- Nuevo check en el formulario genérico de actuación en emergencias.

Estas herramientas están diseñadas para interactuar, pudiéndose activar desde distintos puntos de la historia clínica por cualquier profesional en los distintos ámbitos de actuación.

1. CODIFICACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO

Al codificar un episodio de violencia de género en cualquier contexto Urgencias, Atención Primaria u otros, se abre el codificador como para cualquier otro proceso. Se inicia la búsqueda a través de palabra clave: malos tratos, violencia... El buscador ofrece todos los códigos disponibles, que también se encuentran en favoritos.

Códigos CIE asociados a violencia de género:

TIPO DE MALTRATO	CIE-10-ES		
	CONFIRMADO	SOSPECHA	EN EMBARAZO
FÍSICO	T7411XA	T7611XA	09A319
SEXUAL	T7421XA	T7621XA	09A419
PSICOLÓGICO	T7431XA	T7631XA	09A519
NO ESPECIFICADO	T7491XA	T7691XA	

Tipo Actividad	Clave	Descripción Actividad
Diagnóstico	T7491XA-T7491XA	Maltrato confirmado
Diagnóstico	T411XA-T411XA	Maltrato físico confirmado
Diagnóstico	09A319-09A319	Maltrato físico en embarazo
Diagnóstico	T7431XA-T7431XA	Maltrato psicológico confirmado
Diagnóstico	09A519-09A519	Maltrato psicológico en el embarazo
Diagnóstico	T7421XA-T7421XA	Maltrato sexual confirmado
Diagnóstico	09A419-09A419	Maltrato sexual en el embarazo
Elemento RIC	94549	Relación con el agresor
Elemento RIC	94549	Relación con el agresor
Diagnóstico	T7691XA-T7691XA	Sospecha de maltrato
Diagnóstico	T7611XA-T7611XA	Sospecha de maltrato físico
Diagnóstico	T7631XA-T7631XA	Sospecha de maltrato psicológico
Diagnóstico	T7621XA-T7621XA	Sospecha de maltrato sexual

2. GUÍA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La utilización de la guía de violencia de género es igual a cualquier otra ya existente y común para Osabide Global y Osabide Global Primaria. Su objetivo es recordar y facilitar las acciones a realizar en la intervención con estas mujeres.

Pueden ser realizadas en distintos momentos del proceso de atención y sirven de ayuda a cualquier profesional con intervención en la atención de una mujer víctima de violencia de género.



Selección de Guía de Actuación

Nombre Guía
violencia

Paciente: ☐ Hombre ☒ Mujer Edad (Años) 85

Area Hospitalización OS HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA

GUÍAS DE ACTUACIÓN DISPONIBLES	Ámbito
Violencia de Género	Corporativa

Orientado a Mujeres ≥ 14 años con sospecha de malos tratos por violencia de género (pareja o expareja).

Nombre				
Violencia de Género				
Acciones				
Orden	Tipo	Nombre	Vigente	
1	Formulario	Formulario de Violencia de Género	☐	
2	Informe	Parte de lesiones/juzgado en Violencia de Género	☐	
3	Formulario	Formulario de Riesgo Vital en Violencia de Género	☐	
4	Formulario	Fase de motivación (Prochaska)	☐	
5	Informe	Preguntas facilitadoras Violencia de Género	☐	
6	Informe	Medidas de autoprotección en caso de NO convivencia con el agresor	☐	
7	Informe	Medidas de autoprotección en caso de convivencia con el agresor	☐	
8	Mensaje al Profesional	Valorar cita presencial o no presencial con su médico	☐	

Se activa tras:

1. Codificación de un episodio de violencia de género.
2. Activando el check de violencia de género de urgencias.
3. Activando el check de violencia de género del Dominio 9 de OSANAIA.
4. Activando el RIC del formulario de violencia de género: relación con el agresor.

Recuerda las siguientes acciones mínimas más importantes a realizar y registrar a lo largo del proceso de atención a estas mujeres, que son:

a) Formulario violencia de género

El nuevo formulario de violencia de género se ha diseñado con el fin de que sea una herramienta útil para cualquier profesional en el seguimiento de la atención, además de fuente de datos para el registro de casos.

Variables (RIC) del formulario de violencia de género:

- Duración de la agresión.
- Antecedentes previos de agresión.
- Nº hijos o hijas.
- Situación laboral.
- Embarazo.
- Relación con el agresor.
- Personas dependientes a su cargo.
- Apoyo familiar.
- Apoyo social.
- Apoyo económico.
- Valoración de riesgo vital.
 - Bajo.
 - Medio.
 - Alto.
- Derivación otro nivel asistencial.
 - Riesgo psicosocial.
 - Riesgo social.
 - Riesgo sanitario.
- Fases Prochaska (1 a 6).

Registro de Violencia de Género

Fecha Datos: DD/MM/AAAA 15 00 : 00

Orientado a Mujeres ≥ 14 años con sospecha de malos tratos por violencia de género (pareja o expareja).
No es necesario registrar todos los datos, es suficiente con registrar los datos conocidos en el momento de la atención.

Duración de la agresión: [dropdown]
Relación con el agresor: [dropdown]
Antecedentes previos de agresión: [dropdown]
Nº de hijos: [dropdown]
Personas dependientes a su cargo: [dropdown]
Situación laboral: Trabajo retribuido: [dropdown]
Embarazo actual: [dropdown]
Perceptora de ayuda: [dropdown]
Apoyo familiar: [dropdown]
Apoyo social: [dropdown]
Apoyo económico: [dropdown]
Valoración de riesgo vital: (Escala PRV) [dropdown]
Riesgo sanitario: [dropdown]
Riesgo psicosocial: [dropdown]
Derivación a otro nivel asistencial: [dropdown]

Formulario corporativo para el registro de violencia de género.
Osakidetza 2018



b) Parte de lesiones /Juzgado/informe de Enfermería

El parte de lesiones es único para todos los ámbitos de atención y esta disponible tanto en el gestor de informes de Osabide como a través de la guía.

Osakidetza CENTRO VIRTUAL CENTRO VIRTUAL INFORME CLÍNICO PARTE DE LESIONES	9) DIAGNÓSTICO 10) TRATAMIENTO 11) PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES (Indicar si se deriva a Servicios Sociales, a Atención Primaria o a otros) Fecha y firma
1) FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA Sexo: * Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento: España Estado Civil: de contacto 2) PERSONA CAUSANTE DE LAS LESIONES (según declaración de la víctima) 3) EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico u otro que se aprecie) 4) ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS (en relación con las lesiones) 5) EXPLORACIÓN FÍSICA (descripción de las lesiones -forma, tamaño o dimensiones, ubicación, aspectos descriptivos del color, siendo aconsejable la toma de fotografías previo consentimiento de la víctima sin olvidar fecha aproximada en que han podido tener lugar) 6) EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA (si procede) 7) ESTADO EMOCIONAL ACTUAL 8) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	Osakidetza CENTRO VIRTUAL CENTRO VIRTUAL INFORME CLÍNICO PARTE DE LESIONES OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO DE GUARDIA Yo / Dª / D. : Médica o Médico colegiado en ARABA/ALAVA Con el nº con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo) CENTRO VIRTUAL EXPONE: Que en el día de hoy he atendido en (Consultorio, Centro de Salud, Hospital) CENTRO VIRTUAL localidad: VIRTUAL VIRTUAL Dª/D. de años de edad, con domicilio en (calle y número) Avenida/Elortzidea 1 Localidad: ... Postal Territorio Histórico y le REMITO el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña. Teléfono: ... Fecha y firma

c) Formulario de riesgo vital

Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV-F)		Fecha Datos DD/MM/AAAA 15 00 : 00
DATOS PERSONALES 1. Procedencia extranjera del agresor o de la víctima	PERFIL DEL AGRESOR 11. Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja	
SITUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA 2. Separación reciente o en trámites de separación	12. Historial de conductas violentas con una pareja anterior	
3. Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento	13. Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo...)	
TIPO DE VIOLENCIA 4. Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones	14. Consumo abusivo de alcohol y/o drogas	
5. Violencia física en presencia de hijos e hijas u otros familiares	15. Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos	
6. Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos en el último mes	16. Conductas de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento	
7. Amenazas graves o de muerte en el último mes	17. Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés...)	
8. Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo	VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA 18. Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes	
9. Intención clara de causar lesiones graves o muy graves	19. Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor	
10. Agresiones sexuales en la relación de pareja	20. Vulnerabilidad de la víctima por razón de embarazo, enfermedad, soledad o dependencia	
VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE:		TOTAL: *
[Campo de selección para la valoración del riesgo]		* No válido si no hay información de 12 ítems o más
Programa de violencia de género. Osakidetza 2018		

d) Prochaska

Fase de motivación (Prochaska) en Violencia de Género

Fecha Datos DD/MM/AAA 15 00 : 00

FASE DE PROCHASKA O MOTIVACIÓN Valorar en qué punto está la mujer facilitando la intervención adecuada.

- 1 Fase de Precontemplación o de relación con abuso aceptada**
La mujer no reconoce la violencia como problema. Puede no ser consciente de él, darle poca importancia o aceptarlo como inmodificable o inevitable. Es habitual que la mujer centre su acción en que su pareja cambie. Muchas veces la violencia se mantiene en secreto e intenta afrontarla sola
- 2 Fase de Contemplación o de relación de abuso cuestionada**
La mujer empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva, aunque no se ha comprometido con el paso a la acción. En esta fase muchas mujeres reconocen el abuso para sí mismas pero prefieren que sea secreto e intentan que el agresor busque ayuda para cambiar
- 3 Fase de Preparación o de decisión de cambiar la relación**
La mujer es consciente del problema, toma la decisión de cambiar su conducta y puede ir diseñando un plan a realizar para abordar la situación
- 4 Fase de Acción**
Ya hay un plan de cambio establecido que se empieza a poner en práctica. La mujer elige romper el vínculo que le une con su maltratador o luchar por una vida sin violencia dentro de la relación, pero lo hace ya sin esperar colaboración por parte de su pareja
- 5 Fase de Mantenimiento**
Esta etapa implica establecer y consolidar los cambios, prevenir recaídas y establecer un proceso de reconstrucción vital. El objetivo final es consolidar una vida sin violencia
- 6 Fase de Recaída**
Se manifiesta por dar marcha atrás a cambios establecidos e incluso volver a generarse situaciones de violencia que obligan a manejar el problema desde las fases anteriores.

Programa de violencia de género. Osakidetza 2018

d) Preguntas facilitadoras

Guía - Sin Historia2, PRUEBA INFORMATICA

Guía	ACCIÓN	DETALLE ACCIÓN	VISTO
Violencia de Género	Formulario	Formulario de Violencia de Género	
Violencia de Género	Informe	Parte de lesiones/juzgado en Violencia de Género	
Violencia de Género	Formulario	Formulario de Riesgo Vital en Violencia de Género	
Violencia de Género	Formulario	Fase de motivación (Prochaska)	
Violencia de Género	Informe	Preguntas facilitadoras Violencia de Género	✓
Violencia de Género	Informe	Medidas de autoprotección en caso de NO convivencia con el agresor	
Violencia de Género	Informe	Medidas de autoprotección en caso de convivencia con el agresor	

Tratamiento habitual

Plan Individualizado

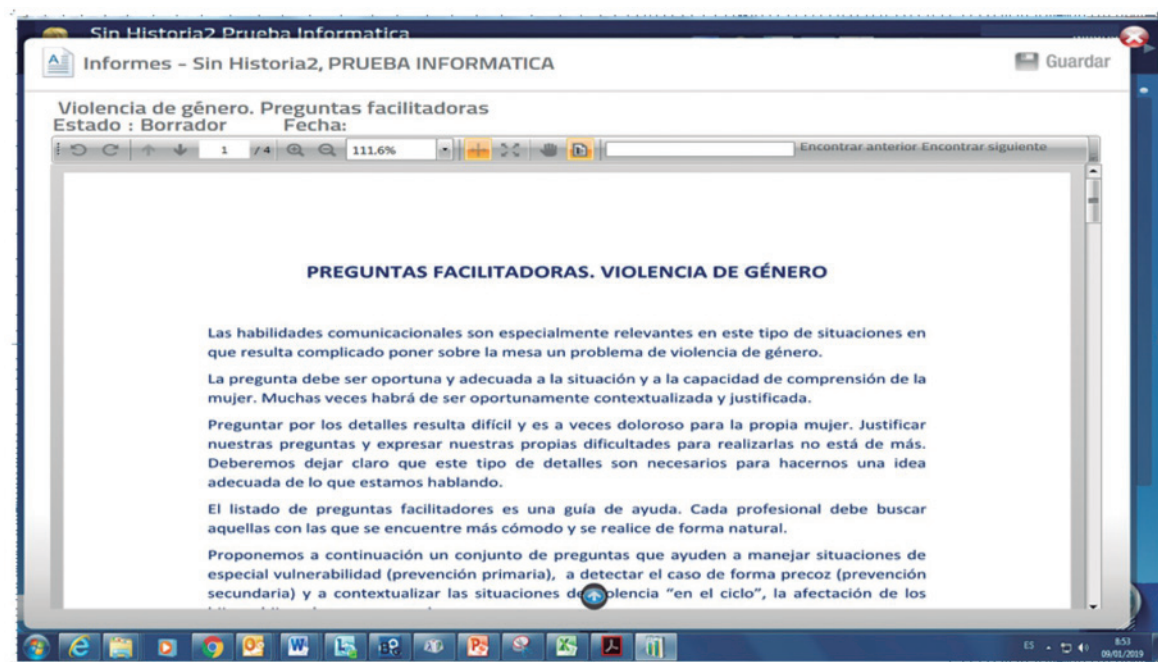
Sin Informe de alta

Peticiones:

- Peticion de Consultas
- Solicitud de pruebas y consultas
- Peticion de Pruebas
- Peticion de Radiología
- Marcar Imágenes 1
- Prescripción Hospitalaria

Servicio **Mi Episodio** **Ver por Procesos**

8/52 06/01/2019



f) Posibilidad de cita presencial o no presencial con su médico o médica de familia

Permite generar una cita en la agenda de su médico o médica de familia tanto de forma presencial como no presencial.

g) Medidas de autoprotección (I y II)

Son medidas que el o la profesional debe de explicar a la mujer de viva voz, no se deben de entregar impresas para no poner en riesgo su integridad, por lo que es importante tener el tiempo necesario para que la mujer las comprenda.

h) Información apoyo para la mujer

Es información que el o la profesional debe de poner a disposición de la mujer como asociaciones, recursos sociales, teléfonos de ayuda, recursos sociales, paginas web.... Al igual que en el apartado anterior es importante dedicar un tiempo para explicar a la mujer la existencia de las mismas y evitar

3. DOMINIO 9 DE OSANAIA

El dominio 9 de Osanaia está complementado con distintas variables clínicas que permiten recoger información en relación a las respuestas de afrontamiento individuales, así como una serie de variables descriptivas del tipo de violencia de género sufrida por una mujer, tanto en el momento actual, como en un episodio pasado.

El registro de determinados datos de valoración permite además, la activación de Planes de Cuidados específicos preconfigurados que orientarán la intervención y la medición del impacto de las mismas en resultados de salud sensibles, en base a las necesidades específicas de las mujeres víctimas de violencia.

Parte de la información registrada en este formulario es compartida con el formulario de violencia de género de Osabide Global. De esta manera se facilita la recogida de datos, en cualquier ámbito y se comparte la información.

Respuestas de afrontamiento

Emocionales	☐ No manifestaciones ☐ Agresividad ☐ Angustia	Físicas	☐ No manifestaciones ☐ Ahogos ☐ Aumento deposiciones	Cognitivo/ Conductuales	☐ Agitación/actividad excesiva ☐ Aislamiento ☐ Apatía/inactividad
-------------	--	---------	---	----------------------------	--

Conductas impulsivas: ☐ No, ☐ Actuar sin pensar

Observaciones respuestas de afrontamiento:

Grado de incapacitación provocado por respuestas de afrontamiento:

Percepción de soporte externo:

Percepción de control de la situación:

Adaptación familiar al problema de salud:

Proceso de duelo:

Disfunción del duelo: ☐

Duelo perinatal: ☐

Respuesta postraumática

La persona es o ha sido víctima de violencia: ☐ En el pasado: antecedentes de malos tratos, ☐ En la actualidad: confirma malos tratos actuales

Duración situación violenta:

Fase vital víctima de violencia: ☐ Edad adulta, ☐ Vejez

Persona que ha ejercido o ejerce la violencia:

Tipo de violencia: ☐ Económica, ☐ Física

Mujer víctima de VIOLENCIA DE GÉNERO ☐

Ocupación:

Situación laboral:

Personas a cargo: ☐ Hijas/os a cargo, ☐ Otras personas a cargo

Hijas/os vivos:

Gestación actual: ☐

Hijas/os víctimas de violencia directa/indirecta: ☐

Niño/a convive en ambiente de maltrato familiar:

Estrés neurocomportamental

Lesión medular: ☐

Aumento de volumen intracraneal: ☐

Contexto actual situación violenta: ☐ En el anciano, ☐ En el trabajo

Sospecha de que es víctima de malos tratos: ☐

Antecedentes víctima situación violenta: ☐ En el anciano, ☐ En el trabajo

Lesiones físicas atribuibles a maltrato: ☐ (tirones de pelo, empujones, bofetadas, pellizcos, mordiscos...)

Indicadores psicológicos de maltrato actual: ☐

Indicadores socio-laborales de maltrato actual: ☐



Se integrarán unidireccionalmente, es decir desde el registro de OSANAIA a OGP, las siguientes variables remarcadas en rojo:

Persona que ha ejercido o ejerce la violencia

Tipo de violencia

COMENTARIOS

Evolutivo

Cliente

Compañera íntima actual

Compañero de trabajo

Compañero íntimo actual

Desconocido

Excompañera íntima

Excompañero íntimo

Hermana, tía, otros

Hermano, tío, otros

Hijo/a

Madrastra

Madre

Padrastro

Padre

Registro de Violencia de Género

Orientado a Mujeres ≥ 14 años con sospecha de malos tratos por violencia de género (pareja o expareja).
No es necesario registrar todos los datos, es suficiente con registrar los datos conocidos en el momento de la atención.

Fecha Datos: 09/01/2019 15:12:59

Guardar

Duración de la agresión: menos de 1 año

Relación con el agresor: Pareja

Antecedentes previos de agresión:

Nº de hijos:

Personas dependientes a su cargo:

Situación laboral: Trabajo retribuido:

Perceptora de ayuda:

Embarazo actual: Sí

Apoyo familiar:

Apoyo social:

Valoración de riesgo vital: (Escala PRV)

Riesgo sanitario:

Riesgo psicosocial:

Derivación a otro nivel asistencial:

Formulario corporativo para el registro de violencia de género. Osakidetza 2018

Independientemente de la codificación de un episodio de violencia de género, utilizando los códigos CIE10 propuestos en esta guía. Se ha añadido una nueva variable en el formulario que ayuda en la identificación de que la mujer es víctima de VIOLENCIA DE GÉNERO:

Mujer víctima de VIOLENCIA DE GÉNERO ☐

La selección de esta variable, permitirá el registro de las variables contenidas en el apartado de valoración específico.

El registro de que la persona que ha ejercido o ejerce violencia es el compañero íntimo o el excompañero íntimo, permitirá activar la guía clínica configurada en

OG, a través de la integración del dato entre aplicaciones, en el ámbito de atención primaria. Esto permitirá desencadenar la Guía Clínica específica de Violencia de Género en OG cuando la identificación del caso se realice desde Osanaia, facilitando el registro del Parte de Lesiones/Juzgado en Violencia de Género y el restos de formularios específicos contenidos.

 **Guía - Falso 68 Naia, FALSO 68 NAIA AP1 FALSO 68 NAIA AP2**

GUÍA	ACCIÓN	DETALLE ACCIÓN	VISTO
Violencia de Género	Formulario	Formulario de Violencia de Género	
Violencia de Género	Informe	Parte de lesiones/juzgado en Violencia de Género	
Violencia de Género	Formulario	Formulario de Riesgo Vital en Violencia de Género	
Violencia de Género	Formulario	Fase de motivación (Prochascka)	
Violencia de Género	Informe	Preguntas facilitadoras Violencia de Género	
Violencia de Género	Informe	Medidas de autoprotección en caso de NO convivencia con el agresor	
Violencia de Género	Informe	Medidas de autoprotección en caso de convivencia con el agresor	

Violencia de Género
 Orientado a Mujeres ≥ 14 años con sospecha de malos tratos por violencia de género (pareja o expareja).

4. NUEVO CHECK VG EN URGENCIAS

Dentro del apartado de datos personales del o de la paciente, se ha creado un nuevo check Violencia de Género específico que al seleccionarlo activaría la guía como en el resto de ámbitos, es decir, el check de "malos tratos" actual, pasar a denominarse "Parte de lesiones" y se mantiene el contenido. El check de "parte al juzgado" se mantiene con el mismo contenido, y se crea un nuevo check específico "Violencia de género".



 12/2018 Pto. Atención: BOX10

Informe de alta (Provisional)

Datos Generales del Paciente

Procedencia Sanitaria
 Procedencia: EMERGENCIAS

Ubicación
 Tipo Urgencia: URGENCIAS GENERALES
 Área: REANIMACION
 Sala/Box: REA1

Especialidad
 Especialidad:

Datos Triage
 Nivel de Prioridad: II - GRAVE
 Motivo Consulta: LIPOTIMIA O SÍNCOPE SIN ESPECIFICAR

Aislamiento
 Aislamiento:

Otros Datos

☒ Parte de Lesiones ☒ Violencia de Género ☐ Ingresa Acompañado

☐ Objetos Personales ☐ Parte Juzgado

☐ Embarcación Sem. ☐ Custodia Policial

Movilidad: ☐ Andando ☐ Camilla ☐ Silla

Guardar

Motivo de Consulta

LIPOTIMIA O SÍNCOPE SIN ESPECIFICAR
 DISNEA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

</-MOTIVO DE CONSULTA:--//>

Impresión Diagnóstica / Motivo de Ingreso

Mostrar Gadgets **Definitivo**



5. EMERGENCIAS

En el caso de detectar un episodio de violencia de género en el ámbito de emergencias, el registro de esta actuación se realizará dentro del formulario genérico de actuación de emergencias, para ello se va a habilitar un check específico.

Si la situación lo requiere el o la profesional que atiende esta emergencia se pondrá en contacto con el Consejo Sanitario, para establecer una cita posterior con su equipo de AP o lo derivará al servicio de urgencias que corresponda.

ANEXO 2: PARTE DE LESIONES

El parte de lesiones es un documento sanitario mediante el cual se traslada la información sanitaria a la autoridad judicial. Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de un delito. Y a veces es el único instrumento con el que cuentan los juzgados para ponerlo en evidencia. Sirve para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección.

La Ley Integral contra la violencia de género incorpora aspectos médico legales y describe que además de la atención clínica, las actuaciones sanitarias deben ir encaminadas a evitar la exposición al daño.

Si bien la ley y la deontología recogen con claridad estos aspectos, no siempre los partes de lesiones se cumplimentan con calidad suficiente ni deben ser emitidos inmediatamente. Además, pueden generar dudas y dificultades para las y los profesionales sanitarios donde intervienen cuestiones éticas, como el respeto a la autonomía de la mujer, a veces de difícil resolución y que deben ser valoradas en su conjunto, discutiéndolas con otras y otros profesionales o pidiendo la colaboración de personas expertas y comités de ética asistencial.

1. ASPECTOS ÉTICOS: EL PROBLEMA DE LA DENUNCIA CUANDO LA MUJER SE OPONE

Un problema ético se presenta en cualquier situación que requiere tomar una decisión en la que entran en conflicto determinados valores morales. Algunos de estos problemas éticos se pueden dar cuando en una situación clínica concreta nos damos cuenta de que lo que “deberíamos” hacer, atendiendo a nuestras convicciones o a la normativa y protocolos aplicables, puede no ser lo mejor, puede no ser lo que “debemos” hacer atendiendo a las circunstancias y consecuencias esperables o a los valores y deseos del o de la paciente.

Los y las profesionales deben actuar aplicando las normas y protocolos a cada caso concreto y eso no es un proceso mecánico o automático, sino que “implica asumir responsablemente decisiones difíciles por la complejidad de los problemas, la extrañeza de los contextos y circunstancias, la incertidumbre de los resultados y las posibles consecuencias de esas decisiones”³⁶. Y es aquí, en este escenario, en el proceso de toma de decisiones, donde se plantean los principales conflictos éticos.

El abordaje de la atención a las mujeres que sufren violencia de género requiere de un modo de actuar ético basado en la toma de decisiones prudentes y que sean moralmente respetuosas con los principios de la bioética y con la normativa aplicable.

³⁶ Gracia Diego, 2004



Es importante conocer la diferencia entre un parte de lesiones “convencional” y el parte de lesiones por “violencia de género”. Ambos sirven para describir las lesiones (el daño objetivo) que presenta un o una paciente para ser utilizado en un proceso judicial en el supuesto de que la causa de las mismas haya sido delictiva o se requiera una compensación o indemnización a la víctima. Sólo en caso de que exista denuncia de la víctima, el parte de lesiones convencional se usará como prueba en el correspondiente proceso judicial. Sin embargo, el parte de lesiones por violencia de género activa de oficio un expediente judicial sancionador independientemente de la voluntad de la víctima. Por lo tanto, cuando emitimos un parte de lesiones específico de violencia de género estamos denunciando un supuesto delito de violencia de género al margen de que la víctima quiera o no denunciar.

“La denuncia al agresor es un instrumento ampliamente priorizado por las instituciones públicas”³⁷, ya que “permite al Estado adoptar medidas penales o civiles, así como prestar asistencia y protección social a las mujeres”^{38,39}. Tanto es así, que en algunos protocolos de actuación contra la violencia de género en el ámbito sanitario, se insta a la denuncia por parte de la o del profesional sanitario sin tener en cuenta la voluntad de la víctima de no denunciar. Esta recomendación, emana de la supuesta obligación legal de denunciar un delito que estos protocolos daban por sentada sin ninguna matización. Pero realmente ¿estamos ante una obligación legal absoluta?

El incumplimiento de la obligación de denunciar un delito, se encuadra claramente en el grupo de los delitos o faltas por omisión, de entre los cuales, uno de los más importantes y que mejor comprendemos los y las profesionales de la salud es delito de omisión del deber de socorro. Sin embargo la omisión del deber de denunciar un delito no está tipificada exactamente así en nuestro código penal, sino que está descrito como omisión en el deber de evitar un delito o no promover su persecución. El artículo 450 habla de la obligación de impedir un delito o la de acudir a la autoridad o a sus agentes para que sean ellos y ellas las que impidan la comisión de un delito. En ningún momento el código penal obliga a denunciar un delito ya cometido para que pueda ser sancionado. La mención de acudir a la autoridad solo se refiere para que ésta pueda impedir la comisión de un delito del que tenga noticia.

Realmente, la norma que obliga, en determinadas circunstancias, a denunciar la comisión de un delito es la Ley de Enjuiciamiento Criminal en sus artículos 259 y 262. De la lectura de estos artículos se deduce claramente que la obligación de denunciar se condiciona al hecho de presenciar la perpetración del delito (que no es lo que ocurre en el ámbito clínico) o de tener noticia, por razón de sus cargos, profesiones u oficios, de un delito público si se tratare

³⁷ Vives-Cases C, 2008.

³⁸ Ley reguladora de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica, 2003.

³⁹ Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género 2004.

de un delito flagrante. Flagrante significa que se está ejecutando actualmente o que es de tal evidencia que no necesita pruebas. Por otro lado, no se tiene conocimiento de la existencia de ni un solo fallo de algún tribunal en España imponiendo alguna sanción a alguna o algún profesional sanitario por no denunciar un delito de violencia de género.

A la vista de lo dicho, se puede concluir que no es cierto que exista una obligación legal absoluta de denunciar siempre, en cualquier contexto o circunstancia, una situación de violencia contra la mujer. Sin embargo sí tenemos, como profesionales de la salud, la obligación moral y legal de asistir a la víctima, prevenir el maltrato en cualquiera de sus formas y procurar su mayor interés dentro del respeto a su voluntad.

El respeto a la voluntad de las y los pacientes no solo es un valor ético recogido por el principio de autonomía, sino que también es una obligación legal recogida en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Análisis de los valores en conflicto

Cuando un profesional se encuentra ante una mujer que se niega a que se denuncie ante el juzgado las agresiones sufridas por violencia de género, es decir, se niega a que se emita un parte de lesiones específico de violencia de género, se le plantea un problema ético nada sencillo de resolver. El problema moral, viene dado (como todos los problemas morales) por el conflicto de algunos valores enfrentados entre sí. El o la profesional quieren respetar todos los valores morales implicados en la situación concreta, pero se encuentra con que, dependiendo de la decisión que adopte, realizará algunos valores pero lesionará otros. Esquemáticamente se pueden representar los valores enfrentados en la siguiente tabla (Tabla 5):

Tabla 5. Valores enfrentados

NO DENUNCIAR RESPECTO A LA VOLUNTAD DE LA MUJER	DENUNCIAR RESPECTO A "OBLIGACIÓN LEGAL"
Competencia (autonomía)	Mayor interés para la mujer (beneficencia)
Relación asistencial (confianza)	Protección de terceras personas (hijos e hijas)
Prevención (empoderamiento, estrategia proyecto vital...)	
Seguridad (no maleficencia)	

Si la decisión que se adopte es la de denunciar estaremos respetando la "obligación legal" y estaremos también actuando, según el modelo paternalista



del principio de beneficencia, en favor del mayor interés de la mujer, supuestamente en lo que se refiere a su protección y la de terceras personas si tuviera hijas o hijos. Pero estaremos lesionado completamente los valores encuadrados en el principio de autonomía:

- No respetamos la voluntad de la mujer, actuando sin su consentimiento (Ley 41/2002).
- Estamos declarando de facto la incompetencia de la mujer para tomar decisiones por sí misma.
- Vulneramos la confidencialidad lesionando la confianza y rompiendo, probablemente de forma permanente, la relación asistencial con el o la profesional de salud.
- Estamos evitando la posibilidad de intervenir siguiendo las recomendaciones de esta guía (dando soporte emocional, trasladando información sobre las consecuencias de lo que ahí se decida, convenciendo sobre la bondad de la protección judicial, empoderando en definitiva a la mujer).

El valor seguridad se puede lesionar o poner en riesgo con cualquiera de las dos decisiones. Si no se prevé riesgo grave y cercano en el tiempo de que la mujer sufra violencia nuevamente, denunciar podría contribuir a aumentar el riesgo. Sin embargo, ante una presunción de riesgo grave y cercano, la denuncia debe ser inexcusable (e incluso la solicitud de protección policial inmediata) aún sin el consentimiento de la mujer.

Conclusiones

Cuando se dan estos dilemas morales, lo más prudente es buscar cursos intermedios de acción. Es decir, denunciar una vez que la mujer se convence y accede a consentir el envío del parte de lesiones. “Antes de denunciar, es muy importante que la mujer esté en un proceso de recuperación personal, que haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y que tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital”⁴⁰. Obviamente esta actuación se justifica siempre que no exista un riesgo grave e inminente para la mujer y esta valoración se podrá hacer con garantías en el ámbito de la Atención Primaria, pero más difícilmente en el contexto de la atención en un Servicio de Urgencias.

La intervención debe ir en la línea de trabajar con la mujer y para ella, nunca en contra. “Las excepciones estarán marcadas por la gravedad de los riesgos del mantenimiento de dicha situación, por la afectación grave de terceras

⁴⁰ Blanco P, 2004.

personas en situación de dependencia (menores y otros u otras) y por la incompetencia de la mujer –que habrá que probar– para tomar la decisión”⁴¹.

Este ejercicio valorativo y deliberativo que se recomienda hacer para algunos supuestos de violencia de género supone escapar de las recetas y soluciones basadas en rígidos algoritmos, lo que dificulta el proceso de toma de decisiones, pero es la mejor manera de asumir la responsabilidad de que sean prudentes y que cumplan con el doble objetivo de prevenir e impedir la violencia contra las mujeres en cada caso concreto y de procurar, en la medida de lo posible, el mayor interés de la víctima como persona autónoma que es.

2. ASPECTOS PRÁCTICOS: ¿CÓMO RELLENAR EL PARTE DE LESIONES EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

El parte de lesiones deberá ser cumplimentado por personal facultativo responsable de la asistencia, pero cuando la situación así lo aconseje también podrá ser cumplimentado por otros profesionales de la salud. Por tanto, ningún procedimiento judicial podrá desdeñar el informe elaborado por una o un profesional de enfermería o trabajo social de salud.

Es importante resaltar que el parte de lesiones debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva y se debe solicitar su consentimiento para el envío al juzgado. Y además siempre se le debe informar sobre:

- Los pasos que sigue el parte de lesiones y las consecuencias del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un periodo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el juez o la jueza.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez o la jueza puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de violencia de género y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.
- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia. (Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

⁴¹ Aretio Romero A, 2007.



Es importante tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación. Utilizar letra clara, legible y sin tachaduras. Cuidar el lenguaje que utilizamos evitando juicios de valor o enjuiciamientos con el uso de términos como víctima y agresor.

Es muy importante detallar el parentesco o la relación existente con el presunto agresor ya que ello facilita la derivación a los juzgados con competencias en violencia de género.

Es relevante reflejar los antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con el maltrato con el fin de dar la visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de maltrato habitual, relacionando los datos recogidos con la Historia Clínica. Posteriormente será el juzgado quien reclame la Historia Clínica o la parte de ella que pueda aportar información para el caso.

El modelo de parte de lesiones estará disponible en todos los centros sanitarios. Una vez confeccionado, se entregará un ejemplar:

- A la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad.
- Al Juzgado de guardia en la vía acordada y más eficaz para que el sistema judicial tenga conocimiento de dicho parte.
- Se archivará en la historia clínica de la mujer.

Los modelos de partes nos facilitan el trabajo pero, es importante recordar que legalmente, y en caso necesario, cualquier profesional puede redactar la comunicación o parte de lesiones en un documento debidamente fechado y firmado donde queden aclarados los datos de la persona que realiza la comunicación.

Una vez cumplimentado el parte de lesiones, debe salir por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de guardia. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión para garantizar el tiempo y forma más adecuados.

El envío del parte de lesiones al juzgado supone un registro de entrada, una vez tiene lugar este registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por parte de la mujer o por personas cercanas a la misma.

DATOS A CUMPLIMENTAR

A continuación se ofrecen unas orientaciones acerca de los datos que es conveniente que queden reflejados en el parte:

Datos de filiación de la mujer: nombre y apellidos. DNI/NIE/ pasaporte. Fecha y lugar de nacimiento, edad. Estado civil. Dirección y teléfono de contacto.

Otros datos relativos a la mujer: si tiene alguna discapacidad, tipo y grado. Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades. Si tiene personas dependientes a su cargo. Si convive con la persona presuntamente causante de las lesiones.

Datos de la persona presuntamente causante de las lesiones: relación de parentesco/vínculo con la mujer (pareja, expareja,...). Nombre y apellidos. Dirección y/o teléfono.

Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia: el tipo de maltrato y cómo han ocurrido los hechos según la declaración de la mujer, utilizando y entrecomillando cuando sea posible, sus palabras textuales. Se describirá si se ha utilizado algún objeto durante la agresión. Si los había menores presentes en el momento de los hechos. Dirección, lugar, fecha y hora de la agresión. Fecha y hora de la atención.

Es importante señalar si la mujer acude sola o acompañada y por quién. Si otras personas lo han sufrido: hijos o hijas u otras personas dependientes a su cargo. Y si existen testigos

Antecedentes personales de interés en relación con las lesiones o con el maltrato ejercido. Si se trata de una primera agresión o existe historia de agresiones o denuncias previas. Si es así, hay que especificar desde hace cuánto tiempo y describir las características de estas agresiones, el tipo, su frecuencia y la evolución. Así como si se tiene la impresión de que la intensidad de la violencia es cada vez mayor.

Exploración física con descripción de las lesiones en forma, tamaño, dimensiones, ubicación y aspectos descriptivos. Es aconsejable tomar fotografías de las lesiones previo consentimiento de la mujer, y archivarlas en historia clínica según el procedimiento establecido. Y describir las lesiones internas en caso de que existan. Se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración.

Exploración ginecológica, si procede. Teniendo en cuenta que en agresiones sexuales debe realizarla personal experto (forense) y con posibilidad de toma de muestras.

Estado emocional actual: es muy importante describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer. El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático. Siendo importante reseñar la actitud de la mujer: confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.



Pruebas complementarias realizadas.

Diagnóstico.

Tratamiento: medidas farmacológicas, curas, o tratamientos quirúrgicos realizados.

Plan de actuaciones: las recomendaciones de observación o cuidados necesarios, el ingreso hospitalario si lo hubiere, las medidas de seguimiento y la derivación a otras u otros profesionales sanitarios o sociales.

Observaciones: se indicarán aquellas cuestiones no recogidas en apartados anteriores y que puedan resultar de interés: si se ha puesto o no en conocimiento del juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo. Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer. O la actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia: centro sanitario. Nombre, apellidos y número de colegiado o colegiada.

Conclusión

La cumplimentación adecuada del parte de lesiones será una de las claves para que el cuerpo forense de los juzgados de violencia pueda emitir un informe pericial de calidad donde se valoren las lesiones y se ejerza la protección adecuada de la mujer víctima.

3. “NOT TO DO”. Qué NO HACER en la elaboración del parte de lesiones en violencia de género

1. ELABORACIÓN SISTEMÁTICA COMO UN ASUNTO BUROCRÁTICO

No se debe rellenar el parte de lesiones de forma sistemática, como si se tratara de un documento burocrático. Es imprescindible una valoración detallada del problema y de la situación de riesgo. Nuestra principal actuación se centra en la ayuda a la mujer y sus hijos e hijas si los hubiera. Debemos garantizar una asistencia de ayuda, un registro adecuado y por supuesto, una comunicación judicial correcta teniendo en cuenta los aspectos éticos y prácticos para rellenar el parte de lesiones.

2. OBVIAR LAS CUESTIONES ÉTICAS Y MORALES

La atención a mujeres, hijas e hijos que sufren violencia de género implica asumir responsablemente decisiones difíciles por la complejidad de los problemas y las posibles consecuencias que éstas pueden tener. Es necesario ser prudentes y moralmente respetuosos o respetuosas con

los principios de la bioética y con la normativa aplicable. Tener en cuenta el respeto por la voluntad de las y los pacientes en un valor ético y una obligación legal.

3. EVITAR LOS DETALLES Y LIMITARSE A LO OBJETIVAMENTE PRESENCIADO

Existe la creencia entre muchas y muchos profesionales que los detalles nos complican la vida y que no es nuestra misión comunicar lo que el sistema judicial debiera investigar. La comunicación judicial debe incluir un desarrollo exhaustivo y pormenorizado de todos los datos que el o la profesional conozca y crea de relevancia para que otro u otra profesional atienda un caso de violencia de género. La descripción de las lesiones, el relato del estado emocional, la exploración y el plan de tratamiento darán información al sistema judicial de gran relevancia para el proceso con la mujer.

Y todo lo que no haya sido presenciado y tengamos constancia de que se ha producido lo indicaremos como “referido”. Ni es nuestra misión poner en duda el relato ni la investigación sobre el mismo, eso lo harán profesionales del sistema judicial que tienen la competencia y la formación para ello.

4. REGISTRAR SOLO LAS LESIONES FÍSICAS

La violencia puede manifestarse de muchas formas y tener consecuencias sobre todas las esferas de la persona. Nuestra atención más eficaz es aquella que se orienta como bio-psico-social. Limitarse a lo físico es desdeñar formas de violencia que siempre están presentes en mayor medida y más invisibilizadas. La violencia psicológica, sexual, social, ambiental, económica, etc. debe ser especificada en la parte de lesiones siempre que tengamos constancia de ella.

5. NO PEDIR EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER NI INFORMAR A LA MUJER DE SU REALIZACIÓN

En la medida de lo posible y teniendo en cuenta las circunstancias, se le comunicará a la mujer la realización del parte de lesiones y el contenido del mismo. Realizar o leer el contenido del parte conjuntamente es una práctica deseable donde se podrá establecer un proceso de diálogo que ayude a aclarar dudas y matizar conceptos. De igual manera, la mujer deberá conocer el proceso que se desencadena a partir de la recepción del parte en el sistema judicial. Es necesario entregar una copia del parte a la mujer para que lo conozca y pueda adjuntarlo a la denuncia en el caso de que quiera interponerla.



ANEXO 3: PREGUNTAS FACILITADORAS

- Las habilidades comunicacionales son especialmente relevantes en este tipo de situaciones en que resulta complicado poner sobre la mesa un problema de violencia de género.
- La pregunta debe ser oportuna y adecuada a la situación y a la capacidad de comprensión de la mujer. Muchas veces habrá de ser oportunamente contextualizada y justificada.
- Preguntar por los detalles resulta difícil y es a veces doloroso para la propia mujer. Justificar nuestras preguntas y expresar nuestras propias dificultades para realizarlas no está de más. Deberemos dejar claro que este tipo de detalles son necesarios para hacernos una idea adecuada de lo que estamos hablando.
- El listado de preguntas facilitadores no es sino una guía de ayuda. Cada profesional debe buscar aquellas con las que se encuentre más cómodo y se realice de forma natural.
- Proponemos a continuación un conjunto de preguntas que ayuden a manejar situaciones de especial vulnerabilidad (prevención primaria), a detectar el caso de forma precoz (prevención secundaria) y a contextualizar las situaciones de violencia “en el ciclo”, la afectación de los hijos e hijas y los apoyos con los que cuenta.

PREGUNTAS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD EN PREVENCIÓN PRIMARIA

- Hemos hablado de que existen situaciones de especial vulnerabilidad para que la violencia se produzca y sobre ellas es importante preguntar:
- Durante el embarazo a veces se agudizan los problemas y conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?
- Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿siente que esto le puede estar pasando? ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?
- El hecho de presentar una discapacidad ¿cree que puede estar afectando a su relación de pareja?
- ¿Cree que su enfermedad mental puede estar condicionando la relación con su pareja para sentirse mal tratada por él?

- El hecho de vivir en una población pequeña puede condicionar las relaciones y a veces es difícil poder comunicar situaciones de maltrato ¿pueda estar usted en esta situación? ¿se siente condicionada por ello?
- Muchas mujeres mayores tienen especiales dificultades para poder solicitar ayuda ante una situación de conflicto o de mala relación de pareja ¿le ocurre esto a usted? ¿le gustaría que pudiéramos hablar de esto?
- Entre las mujeres que se dedican a la prostitución hay muchos casos de abusos y maltrato hasta el punto de sentirse esclavas ¿puede estar usted en esta situación?

PREGUNTAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

La detección precoz de situaciones de violencia de género nos obliga a realizar preguntas genéricas u otras para investigar las dinámicas de la relación familiar:

- ¿A qué cree que se debe su malestar o problema de salud?
- ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse mal o que le preocupe especialmente?
- ¿Cómo van las cosas en su familia?, ¿Tiene algún problema con su pareja o con sus hijos e hijas?
- ¿Cómo es el trato hacia usted en casa? ¿Cómo resuelven sus problemas? ¿Siente que no le tratan bien? ¿Alguna vez ha sido agredida físicamente? ¿Le insulta o le amenaza? ¿Controla sus salidas o su dinero? ¿Controla su móvil? ¿Le impide ver a sus amistades o decide siempre cuándo y con quién salir?
- ¿Le fuerza a tener relaciones sexuales cuando no lo desea?
- ¿Alguna vez ha sentido miedo por el comportamiento de su pareja?
- ¿Considera que la relación con su familia más amplia es satisfactoria?
- ¿Tiene relaciones de amistad en las que se encuentra suficientemente apoyada?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas (o síntomas) como los suyos, suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es este su caso?

Es oportuno hacer alguna pregunta sobre antecedentes:

- ¿Sufrió algún tipo de violencia en su infancia?
- ¿Ha sufrido violencia o se ha sentido violentada en algunas de sus relaciones de pareja anteriores?



- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted (relatar los hallazgos) ¿a qué cree que se deben estas circunstancias? ¿hay algo que le preocupa? ¿cree que todo esto puede estar relacionado?

Cuando se presentan síntomas de lesiones físicas hay que preguntar por ellos:

- Me preocupan estas lesiones que presenta ¿cómo se produjeron? ¿quién? ¿cuándo? ¿cómo? ¿con qué?
- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón / golpe / corte / puñetazo ¿es eso lo que le ha ocurrido?
- ¿Hay alguien que esté utilizando la fuerza contra usted? ¿cómo? ¿desde cuándo?
- ¿Su pareja le empuja o agarra? ¿le golpea, le da bofetadas? ¿le produce algún otro tipo de agresión física?
- ¿Alguna vez le han agredido más gravemente?

O malestares psicológicos:

- Le encuentro nerviosa / triste / confusa / avergonzada / asustada... ¿qué le preocupa? ¿lo relaciona con alguna circunstancia que le esté ocurriendo? ¿tiene algún problema quizás con su pareja? ¿o con sus hijos o hijas? ¿Con alguien de su familia?
- ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿lo relaciona con alguna circunstancia que le esté ocurriendo?
- Los síntomas que cuenta son bastante inespecíficos y no nos orientan a ninguna enfermedad concreta ¿le encuentra usted relación con algo que le esté sucediendo?
- Y hablando de su pareja ¿le grita o le habla de manera autoritaria? ¿le culpa de todo? ¿le ignora o pasa días sin dirigirle la palabra?
- ¿Le amenaza con hacerle daño a usted, a sus hijos e hijas, a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿le insulta o le ridiculiza? ¿lo hace también delante de otras personas?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Controla sus llamadas y mensajes o cartas privadas? ¿revisa sus cosas?

- ¿Le impide ver a su familia o sus amistades?
- ¿Le controla el dinero o le obliga a rendir cuentas de sus gastos?

Ante situaciones de abuso de sustancias:

- ¿Consume alcohol o drogas? ¿desde cuándo, cómo, dónde?
- ¿Relaciona estos consumos con alguna situación que le esté estresando o preocupando?

En situaciones de violencia sexual:

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

Sobre la violencia ambiental:

- Su pareja ¿destruye objetos queridos por usted?
- ¿Da golpes a las paredes, puertas?
- ¿Maltrata a las mascotas?

PREGUNTAS PARA CONTEXTUALIZAR EL CICLO Y COMPROBAR LA EXTENSIÓN DE LA VIOLENCIA A LOS HIJOS E HIJAS

Preguntamos sobre la intensidad y la frecuencia de la violencia:

- ¿Desde cuándo sufre esta situación de maltrato y violencia?
- ¿Con qué frecuencia se producen estos episodios violentos?
- ¿Después de los episodios de violencia se muestra arrepentido y le pide perdón?
- ¿Hay momentos en los que la trata bien o se muestra cariñoso intentando salvar aquellas situaciones violentas que se han producido?
- ¿La intensidad, frecuencia y gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?

Y si hay hijos o hijas:

- ¿Le desautoriza frente a sus hijos o hijas?
- ¿Sus hijos o hijas suelen presenciar estos episodios de violencia?
- ¿También dirige su violencia física, psicológica o sexual hacia ellos o ellas?



- ¿Cree que esta violencia les está afectando también a ellos o ellas? ¿cómo? ¿en qué lo ha notado?

PREGUNTAS PARA VALORAR APOYOS

- ¿Conoce alguien su situación de violencia en la que se encuentra?
- ¿Cree que puede contárselo a alguien de la familia, amistades o personas cercanas?
- ¿Cree que puede esperar su apoyo o ayuda?
- Si se ve en una situación de peligro, ¿hay alguien en quien pueda confiar? ¿Cuenta con algún lugar para refugiarse?

ANEXO 4: RECURSOS DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Información básica sobre recursos:

- Si se encuentra en peligro, llamar al 112.
- En caso de tener discapacidad auditiva y/o del habla, puede enviar un SMS al 600 123 112 con sus datos y localización indicando “violencia de género”. Existe también la aplicación accesible 112 SOS DEIAK que permite a aquellas personas con dificultades auditivas o del habla comunicarse con el 112 a través de gráficos y un chat que se visualizará directamente en las pantallas de operaciones del 112 SOS DEIAK.
- También hay un servicio profesional si quiere plantear su caso de manera confidencial, llamando al 900 840 111. Se trata de un servicio telefónico que garantiza una atención las 24 horas los 365 días del año. Este servicio atiende llamadas en 51 idiomas, y dispone de un servicio para poder atender a personas con discapacidad auditiva. Se trata de un espacio seguro, donde nadie va a saber que se ha llamado porque no deja rastro en la factura de teléfono.
- Si quiere plantear su caso a profesionales de manera presencial, existe un Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) por Territorio Histórico (Álava 900 180 414, Bizkaia 900 400 028 y Gipuzkoa 900 100 928).
- Asimismo, puede pedir cita en el servicio social de base de su Ayuntamiento, donde le orientarán sobre todos los recursos y servicios a los que tiene derecho (alojamiento temporal si fuera necesario, acceso a ayuda psicológica, asesoramiento jurídico, etc.) y donde le apoyarán y asesorarán sobre las decisiones a tomar para mejorar su calidad de vida.
- Existen también **servicios de urgencias sociales**:

Álava y Vitoria-Gasteiz

Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS). Atiende en todo el territorio alavés.

Teléfono: 945 134 444. Lunes a viernes a partir de las 14:30 horas y los sábados y domingos las 24 horas. (En el horario laboral de atención de los servicios sociales dirigirse a los servicios sociales de referencia).

Bizkaia

Servicio de acogimiento de urgencia. Es un servicio que funciona fuera del horario laboral del Servicio de Mujer e Intervención Familiar y está dirigido a mujeres víctimas de malos tratos así como a sus hijas e hijos a cargo.

Acceso al servicio: Presentándose en cualquier comisaria de la Ertzaintza.



Bilbao

Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS). Teléfono: 94 470 14 60. Disponible 365 días al año, 24 horas al día.

Gipuzkoa

Servicio Foral de Urgencias Sociales (SFUS). Teléfono: 943 224 411 (de 7:00 a 21:00) A través del 112 SOS DEIAK (de 21:00 a 7:00) - E-mail: sfus@gipuzkoa.eus Disponible 365 días al año, 24 horas al día.

Donostia-San Sebastián

Servicio Municipal de Urgencias Sociales – SMUS. Disponible 365 días al año, 24 horas al día. Teléfonos: 092; 112; 943 483 849.

ERTZAINZA

Atención a supuestos de urgencia: tramitación de solicitudes de órdenes de protección; servicio de atención para recogida de denuncias 24 horas; servicio de atención personalizada; oferta de teléfono móvil (Bortxa), para avisos de urgencia; y medidas policiales de protección.

ACOMPAÑAMIENTO. Si la víctima teme por su seguridad o así lo solicita, se le acompañará, tanto a ella como si es necesario a sus hijos e hijas menores a su cargo, a un domicilio o lugar alternativo propuesto por ella (casa de familiares, amistades, etc.) o al recurso de acogida municipal si así se considera conveniente.

PERSONAS DEPENDIENTES. Cuando hay personas menores de edad o dependientes a cargo de la víctima, durante el tiempo que esta no pueda ocuparse de ellas serán puestas bajo la responsabilidad de la persona designada por ella o con familiares; si esto no es posible, se contacta con los servicios públicos estipulados para que se hagan cargo.

Recursos de Euskadi. EMAKUNDE

Mapa de recursos sobre la atención a las mujeres víctimas de violencia en la CAPV: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_atencion/es_def/adjuntos/mapa_recursos_mujeres_violencia_capv.pdf Página web de Emakunde: www.emakunde.euskadi.eus



Guía de Recursos y Servicios. Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco. www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/folletos_violencia_mujeres/es_teleasis/adjuntos/2014_EMAKindark_EStx.pdf

Clínicas médico-forenses

Servicio de Clínica médico forense, Bilbao

- Buenos Aires, 6, Cuarta Planta
- 48001 Bilbao, Bizkaia
- Teléfono: 94 401 64 84
- Fax: 94 401 66 27
- Horario: De 9 a 14 horas
- justiziaeus@justizia.eus
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Vitoria-Gasteiz

- Avenida Gasteiz, 18, Planta Baja
- 01008 Vitoria-Gasteiz, Álava
- Teléfono: 945 004 892 - 945 004 893
- Fax: 945 004 860
- Horario: De 9 a 14 horas
- justiziaeus@justizia.eus
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Donostia-San Sebastián

- Kalkutako Teresa Plaza, 1 (Atotxa), Planta Baja
- 20012 Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa
- Teléfono: 943 004 350
- Fax: 943 000 708
- Horario: De 9 a 14 horas
- justiziaeus@justizia.eus
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica Médico Forense, Durango

- Ezkurdi Plaza, s/n, Segunda Planta
- 48200 Durango, Bizkaia
- Teléfono: 94 603 00 56



- Fax: 94 603 00 80
- Horario: De 9 a 14 horas
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Eibar

- Juan Gisasola, 1, Planta Baja
- 20600 Eibar, Gipuzkoa
- Teléfono: 94 303 34 10
- Fax: 94 603 34 11
- Horario: De 9 a 14 horas
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Getxo

- Fueros, 10, Planta Baja
- 48992 Getxo, Bizkaia
- Teléfono: 946 023 967
- Fax: 94 602 39 92
- Horario: De 9 a 14 horas
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Barakaldo

- Bide Onera Plaza, s/n, Entreplanta
- 48901 Barakaldo, Bizkaia
- Teléfono: 944 001 022
- Fax: 94 400 10 78
- Horario: De 9 a 14 horas
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Gernika-Lumo

- Allende Salazar, 9, Entreplanta
- 48300 Gernika-Lumo, Bizkaia
- Teléfono: 94 603 57 75
- Fax: 94 603 57 96
- Horario: De 9 a 14 horas
- [Ver en el mapa - Cómo llegar](#)



BIBLIOGRAFÍA

GUÍAS, PROTOCOLOS, NORMATIVA E INFORMES Y DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

- AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Coordinador: Campins, M. Autores: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Revisores-Editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9.
- Carmona A. Abordaje de la Violencia Machista en Mujeres con TMG en el marco de la pareja o expareja. Protocolo de Actuación Sanitaria ante la violencia machista en la Illes Balears. 2017. 59-66.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the specific needs in women. In: Treatment improvement protocol. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration, 2009.
- Centre International de L'enfance. Los niños víctimas de servicios y maltratos. Documento para el Proyecto CU. París 1980.
- Chaib F, Orton J, Steels K, Ratsela K. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en:
- Comisión de Seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional. Enfoque y líneas de actuación para la protección de los derechos humanos de los niños y niñas víctimas de la violencia de género en Euskadi. Documento aprobado en sesión 28/6/2017.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales, Instituto madrileño del Menor y la Familia. Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. 1999.
- Comunidad de Madrid. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2010.

- Comunidad de Madrid. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2014.
- Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2008.
- Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Atención a mujeres con Trastorno Mental Grave. 2010
- Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 2011. Se puede consultar en: <http://www.mspsi.es/fr/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>
- Consejo de Europa. Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, de 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul), ratificado en 2014 por el Estado Español.
- DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.
- Decreto 152/2017. BALORA, Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo de los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención a la Infancia y la Adolescencia en la CAV. Disponible en http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/balora/es_doc/adjuntos/ACTUALIZACION_INSTRUMENTO_BALORA.bopv.pdf
- Decreto 185/2015 de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2015/10/1504561a.pdf>
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. 2008.
- EIGE (European Institute for Gender Equality). Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. 2014.
- EIGE (Instituto Europeo de la igualdad de Género). 2017. La ciberviolencia contra mujeres y niñas.
- Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE. 2014. Se puede consultar en: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/u72_iv_plan/es_emakunde/adjuntos/VIPlan_final.pdf
- Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. (Elaborado por la Fundación EDE). Mapa de recursos sobre la atención a las mujeres víctimas de violencia en la CAPV, 2017.



- http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_atencion/es_def/adjuntos/mapa_recursos_mujeres_violencia_capv.pdf
- Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. "Violencia contra las mujeres en la CAPV", 2016. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion/informes/es_def/adjuntos/violencia_contra_mujeres_capv_2016.pdf
 - Emakunde. Guía de Recursos y Servicios, 2014. http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/folletos_violencia_mujeres/es_teleasis/adjuntos/2014_EMAKindark_ESTx.pdf
 - Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. Gizonduz (www.emakunde.euskadi.eus/gizoncas/-/informacion/gizonduz-intro/).
 - Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. VII Plan para la Igualdad de mujeres y hombre en la CAE. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde7plana/es_def/adjuntos/vii_plan.pdf
 - EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer. II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual, 2009.
 - Equipo de Coordinación Sociosanitaria de Euskadi. Guía para el desarrollo de protocolos de Atención Primaria Sociosanitaria en Euskadi, 2014.
 - Eudel, Emakunde. Guía de pautas para la adopción de PROTOCOLOS LOCALES Y MEDIDAS PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales, 2006.
 - FEDEAFES. Investigación sobre Violencia contra las Mujeres con Enfermedad Mental. 2017.
 - Fleck-Henderson, A., Jensen, S., Emory, W. y Savage, J. (2004). Domestic Violence. Training Program. Simmons School of Social Work. Massachusetts NASW Committee on Domestic Violence and Sexual Assault.
 - Fundación Salud y Comunidad. Observatorio Noctámbul@s. Informe 2016-17. Barcelona, 2017.
 - García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, Ch. & Abrahams, N. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1

- Gobierno Vasco, Departamento de Salud. "Declaración de derechos y deberes de las personas en el Sistema sanitario de Euskadi", 2015. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/derechos_deberes_presentacion/es_def/adjuntos/declaracion-derechos-deberes.pdf
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales ¿Qué hacer ante la violencia contra las mujeres? Guía de recursos y servicios. 2015.
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud y Departamento de Empleo. Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020. Abril 2018.
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud, Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria. Manual de evaluación OSIs. Anexo II Contrato Programa 2017, (versión 3 de abril de 2017).
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Programa ZAINDU, El Papel del personal de salud ante la violencia contra las mujeres, 2010. http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckserv01/es/contenidos/nota_prensa/prensasanidad222/es_ps222/prensasanidad222.html
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Osakidetza. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres, 2008.
- Gobierno Vasco. Departamento de trabajo y justicia. Varona Gema, Igartua Idoia, Galarraga Auxkin. Evaluación externa del programa Gakoa de trabajo educativo y terapéutico con hombres condenados por violencia de género. 2018.
- Gobierno Vasco. Osakidetza. Consejo Asesor de Salud Mental. Trastorno Mental Grave y Coordinación Sanitaria. Documento 5. 3-Mayo 2016.
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud. VII Plan de Adicciones. Euskadi 2017-2021. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2017.
- Grupo 25 (2006). Criterios de Calidad para Intervenciones con Hombres que ejercen Violencia en la Pareja. Madrid: Cuadernos para el Debate Grupo 25.
- Hospital Universitario Basurto. Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales, 2009 (última modificación en 2016).
- Lagarde, M. (2000), "Autoestima y género", en Cuadernos inacabados.
- Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, Cataluña.
- Ley 4/2005", de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres.



- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género.
- Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Preámbulo.
- LEY 27/2003 reguladora de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica.
- Lorente Acosta Miguel. Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. (2007).
- Lorente Acosta, M, Toquero de la Torre, F, "Abordaje en situaciones de violencia de género", Guía de buena práctica clínica, Ed. International Marketing y Communications, Madrid, 2004.
- Ministerio de Igualdad. Montero, A. (Coord.). (2009). Informe sobre criterios comunes para programas de intervención reeducativa con hombres agresores en violencia de género.
- Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Boletín de Información (Suplemento al núm. 2000), 2005.
- Ministerio de Justicia, Subdirección General de Organización y Coordinación Territorial de la Administración de Justicia. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013 – 2016). 2013 <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET), marzo 2015.

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. 1993. Resolución sobre la violencia contra la mujer (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994). Artículos 1 y 2.1.
- Naciones Unidas. Estudio Mundial del Secretario General sobre violencia contra la infancia; 2006.
- Ohlson (2010) en su informe Los Niños que son Testigos de Violencia Doméstica (Children who Witness Domestic Violence).
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998a) Salud Familiar y Reproductiva. OPS. División de Salud y Desarrollo. Violencia contra la Mujer: Un tema de Salud prioritario. Washington DC: OMS/OPS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998b). Violencia contra la mujer. En: http://www.who.int/entity/gender/violencia/en/violencia_infopack1-pdf
- OMS Informe. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/.
- OMS. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Ginebra.
- OMS. (2009). Violencia contra la mujer Nota descriptiva N°239. Se puede consultar: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
- OMS. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. 2014.
- OMS. C García-Moreno. Género, salud y equidad. 2000.
- OPS (Organización Panamericana de la salud). (2000) La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina.
- OPS-OMS. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016.
- Organización de Naciones Unidas, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 de la Asamblea General, del 20 de diciembre de 1993.



- Organización de Naciones Unidas. Plataforma de Acción de Beijing y la violencia contra las mujeres. 1995. Se puede consultar en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2016.
- Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud: resumen de orientación. Ginebra. 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. 49.a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 25 de mayo de 1996; Ginebra, Suiza. 1996 (resolución WHA49.25). Se puede consultar en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. 56 p. Disponible en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=5003315074087B95C0C69A8B704D6858?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. Atención de la salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, DC, 2016.
- Organización Panamericana de la Salud. Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud (publicación científica y técnica, 588). Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC, 2014.
- Osakidetza. OSI Barrualde-Galdakao. Procedimiento para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en el Servicio de Urgencias. 2011.
- Osakidetza. OSI Barrualde-Galdakao. Protocolo de atención sanitaria ante la agresión sexual contra las mujeres. 2016.
- Quinteros A, Carbajosa P. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5; 2008.
- Región de Murcia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Guía de actuaciones ante la violencia de género en el ámbito sociosanitario, 2017.

<https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/11037946/Gu%C3%ADa+de+actuaciones+en+V+G+%C3%A1mbito+socisanitario/04aedaab-0a1c-45a4-81e2-d5c03ce4a030>.

- Rivera, E. A., Phillips, H., Warshaw, C., Lyon, E., Blam, P. J., Kaewken, O. An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use. Chicago: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2015.
- Save the children España. (2011) En la violencia de género no hay una sola víctima. En: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/en-la-violencia-de-genero-no-hay-una-sola-victima>.
- Save the Children, Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco, IRSE, Ayuntamiento de Barcelona. María Tovar Belmar. MANUAL DE ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR.
- SEGO. Anticoncepción de Urgencia. Guía de Asistencia Práctica, 2013.
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. No hacer en la violencia de género. Página Web <https://gdtmujersomamfyc.files.wordpress.com/2017/11/no-hacer-final-oct-resumen-logo1.pdf>
- UNICEF. Innocenti Report Card Digest nº 2. Niños y Violencia.1999.
- Unión Europea. Agencia de los Derechos Fundamentales. Informe FRA de la Violencia de género contra las mujeres - Derechos fundamentales. Viena: Oficina de Publicaciones de la UE. 2014; 31-45. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/about-fra>.
- WHO. Violence Against Women: a priority health issue. Geneva, 1997. WHO/FRH/WHO/97.8. http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 3.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence, 2013.
- World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A Clinical handbook, 2014.
- World Health Organization. INSPIRE. Seven Strategies for Ending Violence Against Children. 2016.



- World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines, Geneva 2013.

ARTÍCULOS EN REVISTAS

- Alonso-Borrego, C. Carrasco Perea, R. Empleo y riesgo de violencia doméstica. ¿Importa quién es el sustentador principal? Panorama Social, primer semestre de 2018; 27 (Brechas de género): 199-217. http://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15027.
- Amy Weil, MD. Intimate Partner violence: diagnosis and screening. Sept. 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-diagnosis-and-screening>.
- Aretio Romero A. Servicio Riojano de Salud. Gac Sanit. 2007;21(4):273-7.
- Asúa Batarrita, A.; "Criminología y multiculturalismo. Medidas internacionales y propuestas de tratamiento jurídico para la erradicación de la mutilación genital femenina". Eguzkilore, nº 18, 2004, p. 93.
- Blanco, P. (2004). La violencia de la pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria, 18(1), 182-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el s. XXI. Psicothema, 24 (4), 548-554.
- Bosch, F., y Ferrer, V. A. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. Psychosocial Intervention, 9(1), 7-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244002>.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D. e Álvarez-Dardet, C. (2007) ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a sus parejas? Rev Panam Salud Pública, 22, 55-6.
- Choosing wisely. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/getting-started/lists/>.
- Coben JH, Friedman DI. Health care use by perpetrators of domestic violence. J Emerg Med 2002; 22:313-7.
- Craven, S., Brown, S. J., y Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: review of literature and theoretical considerations. Journal of sexual aggression.

- De Miguel, A., Revista Europea de Derechos Fundamentales • ISSN 1699-1524 Núm. 19/1er Semestre 2012. Páginas 49 – 74.
- Dutton, D. G. y Corvo, K. 2007. The Duluth model. A data-impervious paradigm and a failed strategy, *Aggression and Violent Behavior* 12: 658-667.
- Ferrer Pérez Victoria A., Bosch Fiol Esperanza, Ramis Palmer M^a Carmen. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud* [Internet]. 2008 Mayo [citado 2018 Jun 13]; 19(1):59-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100003&lng=es.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo*, 75, pp. 13-19. 2000.
- Ferrer-Pérez, V. A., López-Prats, L., Navarro-Guzmán, C., & DOI, E. B. F. (2016). La vigencia de los mitos sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. *Información Psicológica*, (111), 2-17.
- Fogarty, C.T., Brown J.B. (2002) Screening for abuse in Spanish-speaking Women. *Journal of the American Board of Family Practice* 15 (2), 101-111.
- Geldschläger Heinrich. Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. FMC. 2013; 20:89-99 - Vol. 20 Núm.02.
- Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002. Cuadernos Técnicos, n. 6.
- Gold, L., Norma, R., Devine, A., Feder, G., Taft, A.J. & Hegarty, K.L. (2011). Cost-effectiveness of health care interventions to address intimate partner violence: what do we know and what else should we look for?. *Violence against women*, 17 (3), 389-403.
- Gómez Fernández Itziar ¿Un pacto de Estado o un pacto constituyente contra la violencia machista? Cuadernos Manuel Giménez Abad, febrero 2017.
- Gracia Guillén D. Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad. Ten Have, H & Clark, D. (Eds.) Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2002, pp. 87-105.
- Gracia Ibáñez, J. La violencia de género contra las mujeres mayores. Un acercamiento socio-jurídico. *Revista Derechos y Libertades* Número 27, Época II, junio 2012.
- Heise, LL., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). Para acabar con la violencia contra la mujer. *Population Reports*, 4, Serie L, número 11 (Temas sobre Salud Mental).



- Heise. L. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against Women* 1998; 4: 262-290.
- Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.
- Hughes D. Hughes, D. M. (2004b). The role of “marriage agencies” in the sexual exploitation and trafficking of women from the former Soviet Union. *International Review of Victimology*, 11, 49-71. 2004.
- Kelly, L. (2000). ¿Cómo en casa en ninguna parte? La violencia doméstica, la seguridad de las mujeres y los niños y la responsabilidad de los hombres. *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 25-36). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Krug E.G., Dahlberg I.I., Mercy J.A., Zwi A.B. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [Internet]. 2003 June [cited 2018 June 12]; 45(3): 130-130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003646652003000300014&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>.
- Lila.M. La intervención con hombres condenados por violencia de pareja contra la mujer en España: investigación y avances en intervención Psicosocial *Intervención*, 22 (2013), pp. 81-85.
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebullida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5 (2), 137-157.
- Lorente, M. (2009). El maltratador, la condición masculina y el maltrato a las mujeres. *Crítica*, 59 (960), 44-47.
- Manjón Gonzalez, J. Psicoterapia Ambulatoria con Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja. Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2012; 32 (113), 83-101.
- Maqueda Abreu, M. L. 2017. ¿Es la estrategia penal una solución a la violencia contra las mujeres? Algunas respuestas desde un discurso feminista crítico. *Género, violencia y derecho*: 363-408, accesible en <http://www.pensamientocritico.org/marmaq0208.html>.
- Méndez, R. (2010). El SAP en su repercusión social. En A. Escudero, D. González, R. Méndez, C. Naredo, E. Pleguezuelos y S. Vaccaro (Eds.), *Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre el Supuesto Síndrome de Alienación Parental* (pp. 76-94). Madrid: Ministerio de Igualdad.

- Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. Universidad de Deusto (España). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 25, No 1, 2017, pp. 61-75.
- Ortega, R., Rey R.d. y Casas, J.A. (2013). Redes sociales y cyberbullying: El proyecto ConRed. *Convives*, 3, 34-44.
- Ortega, E. Jornada. Mujeres y Adicciones “Hacia un cambio de perspectiva”. Julio 2017.
- Pagelow, MD. (1997) Battered women: An historical research and some common myths. *Journal of aggression, Maltreatment and Trauma*, 1 (1): 97-116.
- Palomo Pinto M. Violencia contra la mujer: atención urgente ante el maltrato ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *SEMERGEN* 2004;30(2):68-71.
- Pérez Gómez, A. y Correa Muñoz, M., Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *liber.[online]*. 2011, vol.17, n.2, pp.211-222.
- Peters, J. (2008). Measuring myths about domestic violence: development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16 (1), 1-21.
- Placeres, S. y López, P. (2011). Violencia masculina. Una mirada desde una perspectiva de género, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, mayo 2011. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/11/.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz Pérez, I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 122, 461-467. 2004.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51 (3): 390-395.
- Ruiz Pérez I, Blanco Prieto P, Vives Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2):4-12.
- Sainz-Guinea A, Mar J, Sánchez M, Ibañez M, Ziarrusta M.J, Arrospide A. Calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo. *Gaceta Médica de Bilbao*.2013.
- Salamanca Fernández Alicia. El patriarcado y las drogas: el espejismo de la igualdad para las mujeres. *Drogas & Género*, 2017. <https://bit.ly/2wT2dod> [Consultado:03 12 2018].



- San Martín, C. y González, A. (2011). Las mujeres víctimas de violencia en los discursos psicológicos: ¿Espejos deformantes? *Estudios de Psicología*, 32 (3), 405-417.
- Sánchez Moro, C., programa Daphne European Project Stop V.I.E.W contra la violencia hacia las mujeres mayores. *Trabajo Social Global. Revista de investigaciones en intervención social*, 3(5,92-105).
- Sanz-Barbero B, Heras Mosterio J, Laura Otero García L y Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit.* 2016;30(4):272-278.
- Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990; 147 (12): 1602-8.
- Sepúlveda García de la Torre A. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):149-164.
- Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 419-426.
- Simonelli Alessandra, Caterina E. Pasquali, Francesca De Palo. Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology* 2014;5:24496.
- US Preventive Services Task Force. Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: Screening. January 2013.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10 (3):377-391.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: Conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4: pp. 215-228.
- Vives-Cases C, La Parra Casado D. Spanish politicians discourse about the responses to violence against women. *Gac Sanit.* 2008;22:451-6.

LIBROS

- Alicia Bolaños Naranjo Vocal de Derechos Humanos de Médicos del Mundo-España. La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos ponencia para la comisión mixta congreso-senado. 2007.
- Arana Xabier, Domingo Comas. Consumo de alcohol y violencia de género: perspectiva de los y las profesionales de ámbito de las drogodependencias,

jurídico y social. Donostia-San Sebastián: Universidad del País Vasco, Instituto Vasco de Criminología, 2017.

- Blanco P, Ruiz Jarabo C. La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Ediciones Díaz de Santos 2004.
- Bonino, Luis. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. 2008.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2002). La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. Valencia: Ed.Cátedra. Colección Feminismos.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. and Mendoza, J.A. Violence against women in latin america and the caribbean: a comparative analysis of population- based data from 12 countries. Washington, dc: pan American health organization. 2012.
- Bourdieu, Pierre (2000). La dominación masculina. Barcelona, Anagrama.
- Bronfenbrenner, U (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).
- Fernández, M. (2002). Los malos tratos a escena. El teatro como herramienta en la lucha contra la violencia de género. España: Ediciones KRK.
- Gómez de Terreros, I. Los profesionales de la salud ante el maltrato. 2ª ed. Editorial Comares. Granada.1997.
- Gomiz Pascual, M.P. Violencia contra las mujeres con discapacidad. Miren Josune Aguinaga Roustán (dir.). Universidad Nacional de Educación a Distancia (España, 2015). http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mpgomiz/GOMIZ_PASCUAL_M_del_Pilar_Tesis.pdf
- Gomiz Pascual, M.P. Violencia contra las mujeres con discapacidad. La voz de las víctimas. Fundación Foessa, Madrid, 2018.
- Gracia Guillén D. "Como arqueros al blanco". Triacastela, Madrid, 2004.
- Larouche G. (1987). Agir contre la violence. La Pleine Lune: Québec, Canadá.
- Martínez Martín M.I y Sánchez Galindo, M Los costes sociales y económicos de la violencia doméstica en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. 2004 .
- O'Connor, M. and G. Healy. The Links between Prostitution and Sex Trafficking: A Briefing Handbook Stockholm: Joint CATW-EWLPublication. 2006.



- Pratto, F., y Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), the psychology of gender (2nd ed) (pp. 242-268). Nueva York: The Guilford Press.
- Rodríguez-Miñón Sala, E. Factores de riesgo o vulnerabilidad ante la violencia de género de las mujeres residentes en municipio pequeños o rurales desde la perspectiva ecológica. Universitat Jaume I. 2016.
- Seligman, M. (1975). Indefensión. Madrid: Debate.
- Sidanius, J., y Pratto, F. (1999). Social dominance. An intergroup theory of social hierarchy and oppression. Nueva York: Cambridge University Press.
- Touraine A . El mundo de las Mujeres. Paidós, Barcelona. 2007.
- Walker, L. (1979). The battered woman. New York: Harper and Row.
- Zubizarreta, I. et al. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa. Personalidades violentas. Pirámide: Madrid; pp. 129-152.

