

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Año

2016

Protocolo
actuación sanitaria ante la
violencia
de género
en Extremadura

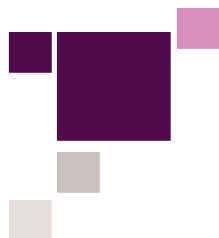


JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales



ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. OBJETIVO.....	8
a) Objetivo General.....	8
b) Objetivos Específicos.....	8
4. CONCEPTOS GENERALES.....	9
a) Definición.....	9
b) Causas.....	11
c) Mitos y creencias.....	13
d) El proceso de la violencia.....	13
e) Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.....	16
f) Importancia del personal de los Servicios Sanitarios.....	19
g) Dificultades para identificar la violencia de género.....	20
h) Recomendaciones para la prevención de la violencia de género en el Sistema Sanitario.....	21
5. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.....	23
a) Detección y valoración.....	23
b) Identificación y valoración.....	25
c) Actuación y seguimiento.....	25
d) Actuación legal.....	28
e) Notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Indicadores de Violencia de Género.....	28
6. ACTUACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	29
a) Actuación de detección de violencia.....	29
b) Actuación asistencial.....	30
c) Valoración del riesgo.....	32
d) Información y derivación.....	33
e) Actuación legal.....	33
f) Notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Indicadores de Violencia de Género.....	33
7. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES.....	34
a) Recomendaciones generales.....	34
b) Actuación clínica.....	35
c) Atención y seguimiento.....	40
d) Información y derivación.....	41
e) Notificación al Juzgado.....	42
8. SISTEMA DE VIGILANCIA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	43
a) Definición de caso de violencia de género.....	43
b) Objetivos.....	43
c) Estrategia.....	44
d) Tratamiento de datos.....	45
e) Actuaciones del personal sanitario.....	46



ANEXOS	47
ANEXO I. Entrevista de cribado. Preguntas generales y específicas.....	49
ANEXO II.....	53
ANEXO III.....	55
ANEXO IV. Algoritmo de actuación ante la violencia de género.....	57
ANEXO V. Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos.....	59
ANEXO VI. Indicadores de sospecha durante la consulta.....	61
ANEXO VII. Cuestionario para medición de malos tratos.....	63
ANEXO VIII. Modelo unificado de parte judicial de lesiones del SES.....	65
ANEXO IX. Modelo de ficha de notificación de caso.....	67
BIBLIOGRAFÍA	73
EQUIPO DE TRABAJO.....	74



1. PRESENTACIÓN

La violencia de género constituye en la actualidad un importante problema de salud pública, tanto por su prevalencia como por las consecuencias para la salud de la víctima, que va a pasar por la consulta sanitaria en el Sistema de salud, sin que en muchas ocasiones esta situación sea detectada.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia de género como una prioridad internacional para los servicios de salud.

El sistema sanitario, y en particular, la atención primaria de salud constituyen en muchas ocasiones el primer lugar de atención social donde acuden las víctimas. Los servicios de salud y sus profesionales no pueden mantenerse al margen de este importante problema de salud pública, abordando el problema de forma integral y coordinando su actuación con otros profesionales e instituciones.

Para llevar a cabo esta tarea por parte de los servicios de salud, primeramente se hace necesario la sensibilización y la formación de todas las personas que trabajan en el Servicio Extremeño de Salud. Por otra parte, consideramos que es preciso contar con un instrumento operativo que defina claramente las líneas principales de actuación, haciendo que las intervenciones del personal sanitario y sociosanitario de Extremadura sean más efectivas y homogéneas.

El protocolo de actuación que presentamos, para mantener la coherencia y evaluación de actuaciones, adaptándolo a la situación específica de nuestra Comunidad Autónoma y del Servicio Extremeño de Salud.

El objeto del presente Protocolo Común contra la Violencia de Género dirigido a profesionales de la salud de nuestra Comunidad Autónoma, es contribuir a mejorar y potenciar las actividades que en su control y prevención se están desarrollando desde el ámbito sanitario.



2. INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un importante problema social y de gran relevancia sobre la salud pública. Las actuaciones desde los servicios sanitarios, precisan de acciones complementarias desde otros estamentos, que ayuden a erradicar y a garantizar la protección de aquellas mujeres que han sido -o puedan ser en un futuro objeto de la misma-, así como de sus entornos familiares.

Los datos, en los últimos años, de la violencia de género en Extremadura son los siguientes:

DENUNCIAS VIOLENCIA DE GENERO				
Fuente: Consejo General del Poder Judicial				
	2014	2015	Var% 2014-2015	2016
	1º Trim	1º Trim	1º Trim	1º Trim
PROV. BADAJOZ	312	418	33,97%	402
PROV. CÁCERES	152	115	-24,34%	210
EXTREMADURA	464	533	14,87%	612
	2º Trim	2º Trim	2º Trim	2º Trim
PROV. BADAJOZ	299	425	42,1%	453
PROV. CÁCERES	181	159	-12,5%	210
EXTREMADURA	480	584	21,6%	663
	3º Trim	3º Trim	3º Trim	3º Trim
PROV. BADAJOZ	344	382	11,05%	513
PROV. CÁCERES	153	267	74,51%	192
EXTREMADURA	497	649	30,58%	705
	4º Trim	4º Trim	4º Trim	4º Trim
PROV. BADAJOZ	347	376	8,36%	-
PROV. CÁCERES	145	242	66,9%	-
EXTREMADURA	492	618	25,61%	-
	Anual	Anual	Anual	Anual
PROV. BADAJOZ	1302	1601	22,96%	-
PROV. CÁCERES	631	783	24,09%	-
EXTREMADURA	1933	2384	23,33%	-



Desde distintos ámbitos, tanto internacionales como nacionales y autonómicos, vienen marcándose periódicamente las directrices a seguir en la lucha contra la VG. La ONU en 1993 definió la violencia contra las mujeres - estableciendo los objetivos estratégicos de su lucha en 1995- declarándola prioridad internacional para los servicios de salud en 1998. La OMS la considera como una prioridad de salud pública desde 1996, lo que dio origen a la elaboración de un plan de acción para su estudio y prevención en 1997.

En Extremadura, ya en 1999 se creó la Comisión Permanente para la Erradicación y Prevención de la Violencia Contra la Mujer, de cuyos trabajos partió un protocolo interdepartamental con el objetivo de coordinar las acciones de las distintas instituciones implicadas, asegurando así una respuesta eficaz, rápida y homogénea.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género, es el marco legal que viene a regular todos los dispositivos dirigidos a la atención de mujeres víctimas de violencia de género.

En el ámbito sanitario en 2004 el Consejo Interterritorial del SNS, creó una Comisión contra la violencia de género, que elaboró un Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género, editado en 2007, y que cada Servicio de Salud debe implementar dentro de su Comunidad. Para ello se hace necesario el adecuarlo a las características intrínsecas de cada Autonomía, dando origen a la elaboración del presente protocolo.

El SES con la implantación del mismo, dará además continuidad a las líneas estratégicas sobre violencia de género definidas en el Plan de Salud de Extremadura, y que junto a las actuaciones más concretas definidas en su Cartera de Servicios, configuran el marco general para dar soluciones desde los servicios sanitarios a los problemas del maltrato a la mujer.



3. OBJETIVO

a) Objetivo General

Establecer pautas comunes al personal de atención sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES) para la detección precoz y la atención integral — física, psicológica, emocional y social— a las mujeres que sufren violencia de género en todas las formas y que acuden a un centro sanitario, reconociendo la violencia de género como un problema de salud pública que el Servicio Extremeño de Salud debe abordar y prevenir.

b) Objetivos Específicos

1. Sensibilizar a los/as profesionales del SES sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.
2. Contribuir desde el SES a la sensibilización de la población en general sobre este problema.
3. Dotar a los/as profesionales del SES de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para la detección precoz, la atención integral (física, psicológica, emocional y social) y seguimiento.
4. Establecer dispositivos de coordinación y en su caso entre profesionales, con responsabilidad en el abordaje de la violencia de género.
5. Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para la obtención de indicadores que permitan conocer la magnitud, situación, tendencias y características de la violencia de género, así como para la evaluación de los programas e intervenciones en la Comunidad Autónoma.



4. CONCEPTOS GENERALES

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en el marco del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. El informe clasifica los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién es el autor, la víctima y el tipo de violencia: violencia colectiva, suicidio y violencia autoinfligida, y violencia interpersonal, dentro de la que se encuentra la Violencia de Género referida a actos violentos que se producen dentro de una relación de pareja o expareja, fundamentalmente del hombre contra la mujer.

a) DEFINICIÓN

“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 la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

(Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993)

Se consideran diferentes formas de violencia contra las mujeres:

Violencia física

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras o similares, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.

Violencia sexual

Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.



Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de estas se encuentra la violación por penetración con el órgano sexual 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. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación.

Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

El acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para si, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. El acoso sexual puede producirse en el ámbito laboral, docente etc, aprovechándose de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima.

Los delitos contra la libertad e identidad sexual se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal.

Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género.



Violencia psicológica

Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o ex pareja, debe tenerse en cuenta la reiteración de los actos violentos.

Finalmente, no debemos olvidar que existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas para un seguimiento adecuado. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial, inmigrantes, de entornos rurales o mujeres en situación de exclusión social -como mujeres en prostitución o drogodependientes- La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a prestar una atención especial.

b) CAUSAS

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.



La violencia contra las mujeres es estructural. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

Hasta hace no muchos años, la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia, su deber de acatar la autoridad masculina, eran consideradas como algo normal y natural, validado por las costumbres y la ley. En ese contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia para afianzar la autoridad.

Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia. Sin embargo, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

En definitiva, el factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer.

La violencia contra las mujeres es además instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La VG más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino.

Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización -diferente para mujeres y hombres- que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer.



c) MITOS Y CREENCIAS

Se ha argumentado que el consumo de alcohol y otras drogas es la causa de las conductas violentas. Aunque el consumo de alcohol y otras sustancias se asocia con frecuencia a situaciones de violencia, también hay hombres que abusan del alcohol sin que por ello manifiesten un comportamiento violento. Además, muchas agresiones contra las mujeres se ejercen en ausencia de alcohol.

También se ha asociado el maltrato a mujeres con un estatus social, pero sabemos que se da en todos los estatus sociales.

Se ha argumentado también que ciertas características personales de las mujeres que padecen VG podrían ser la causa del maltrato.

En la actualidad existe suficiente conocimiento documentado que demuestra que no existen características psíquicas diferentes antes del inicio del maltrato entre las mujeres que lo sufren y las que no, sino que los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas son una consecuencia del maltrato y no la causa.

d) EL PROCESO DE LA VIOLENCIA

En el caso de violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico en el inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer.

Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. **La Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonor Walker**¹ plantea que este fenómeno comprende tres fases:

¹ Walker, Leonor, The Battered Woman. Harper and Row Publishers, Inc, New York. 1979



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

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

Explosión o agresión: Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales.

Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

Calma o reconciliación o luna de miel: En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos.

Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza o dinámicas en la relación de pareja bajo la estructura de dominación, donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física, siendo éstas más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

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

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

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y que no podrá corregir la conducta de su agresor, para que sea consciente del peligro que corre.



Hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia de género

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

Los hijos e hijas de las mujeres que están sufriendo violencia física sexual o emocional por sus parejas o exparejas, son víctimas directas de la Violencia de Género, siempre. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo, que están expuestas/os a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver hematomas, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigo de las consecuencias emocionales de la violencia, como el miedo o la intimidación, el stress, ansiedad y depresión, sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, viendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad emocional.
- Presenciar la desautorización, desvaloración y descalificación de su madre con figura materna.
- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse a la violencia para protegerse o defender a su madre, interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.



- Presenciar la intervención de la policía, la detención de su padre, acudir a juicios o pruebas periciales, tener que abandonar el domicilio o convivir en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

Por lo tanto, en el caso de detección de una situación de Violencia de Género, si la mujer tiene hijas e hijos, es necesario tener presente que requieren de una especial atención desde el sistema sanitario, adquiriendo el personal sanitario de Pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con las y los profesionales de Trabajo Social dentro del equipo integral de salud.

También en las consultas del Equipo de Atención Primaria, es preciso prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia de género, para actuar en colaboración con el resto de profesionales tanto del equipo de salud de atención primaria, como la derivación a atención especializada.

Mujeres en situación de especial vulnerabilidad.

Existen circunstancias y contextos sociales especialmente difíciles que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia de género, que necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas para un seguimiento adecuado. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial, inmigrantes, de entornos rurales o mujeres en situación de exclusión social –como mujeres en prostitución o drogodependientes- La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a prestar una atención especial

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

Podemos encontrar:

Consecuencias fatales

Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)



Consecuencias en la salud física

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- Peor salud

Consecuencias en condiciones crónicas de salud

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable
- Otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

Consecuencias en salud sexual y reproductiva

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

Consecuencias en la salud psíquica

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

Consecuencias en la salud social

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



Consecuencias en la salud de las hijas e hijos

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja sentimental de la madre
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia

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

Consecuencias en el entorno relacional de la mujer

El hecho de conocer la existencia de una relación de maltrato, afecta también a personas del entorno cercano con las que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales (familiares, amistades, vecindario), teniendo especial repercusión en personas dependientes de la mujer y/o convivientes, quienes sufren además los efectos de la violencia de género sin tener la capacidad de terminar con la situación, experimentando sentimientos de rabia e impotencia. También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia. A su vez, tener conocimiento de que otra mujer está viviendo una relación de maltrato afecta también a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia de género, que pueden reexperimentar su situación y desarrollar de nuevo sintomatología.

Consecuencias sobre el personal sanitario

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



f) IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La especial relación, basada en la confianza y en la necesidad de ayuda, que mantiene la población con los profesionales de la salud, permite a estos últimos el poder alcanzar un elevado grado de conocimiento sobre la situación familiar e incluso sobre sus problemas más íntimos. La frecuencia y la cercanía con la que los pacientes acuden a la Atención Primaria, hacen de éste el nivel asistencial más idóneo para detectar, prevenir y actuar sobre la mujer maltratada.

La detección de la situación de violencia que dispondrá a la ruptura del silencio y por el contrario, el no reconocimiento de una situación de maltrato como un problema de salud puede conllevar a la cronificación del problema.

Para muchas mujeres los servicios sanitarios pueden ser el único lugar donde poder recibir apoyo e información, por lo que aumentan las visitas a los mismos, dispuestas a revelar el maltrato a la mínima pregunta que se les haga de forma directa. Pero difícilmente esto lo harán de forma espontánea, pues sienten miedo o vergüenza, pudiendo incluso llegar a autoinculparse.

Casi todas las mujeres acuden al centro sanitario en el año siguiente a la agresión, por lo que es necesario mantener una constante vigilancia.

Decálogo de funciones a realizar desde los servicios de salud:

- Preguntar con regularidad por la existencia de violencia en el ámbito familiar
 - Alerta y seguimiento ante signos y síntomas por probable maltrato
 - Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia clínica
 - Ayudar a comprender su malestar y problemas de salud en estas situaciones
 - Informar a las mujeres y remitirlas a los recursos disponibles en la Comunidad
 - Mantener y asegurarles la privacidad y confidencialidad
 - Estimular y apoyar a la mujer durante el proceso, respetando su propia decisión
 - Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, que puedan inducir su aislamiento
 - Coordinarse con otras instituciones y otros profesionales implicados
 - Registrar los casos para conocer la magnitud del problema
- (Modificado de las funciones mínimas del Sistema Sanitario definidas por la OMS)



g) DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Por parte de la mujer

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

Por parte del personal sanitario

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia. Creencia de que la violencia no es tan frecuente. Intento de racionalización de la conducta del agresor
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica
- Desconocer que los hijos/as también son víctimas de violencia de género



En el contexto de la consulta

- Falta de privacidad e intimidad
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo el idioma en el caso de mujeres inmigrantes)
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica

En el ámbito sanitario

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

h) RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO

Las actividades de prevención de la violencia desde el Sistema Sanitario pueden agruparse en tres áreas:

1) Formación de profesional sociosanitario del Servicio Extremeño de Salud.

Inclusión en la formación continuada del SES de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral en VG a todos los profesionales sociosanitarios que atienden a la mujer, especialmente en APS.

Integración de la Violencia de Género como un contenido relevante en las sesiones clínicas de los EAP, incorporando casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.

2) Fomentar en la población a través de los servicios de salud los conocimientos, valores y habilidades que contribuyan prevenir y en su caso detectar la Violencia de Género.

Uso de Materiales informativos para la sensibilización: Informar y educar, colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un problema de salud y que el sistema sanitario le puede ofrecer ayuda.

Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la



mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales, prestando especial importancia a la etapa adolescente como colectivo de gran vulnerabilidad.

Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

3) Participación de los profesionales sociosanitarios en actividades o programas de participación comunitaria de prevención de la Violencia de Género y porción de la salud.

Colaborar con las diferentes asociaciones a través de talleres, jornadas y charlas sobre prevención de la violencia explicando el papel del personal sanitario.

Participar con las Comisiones de Participación Comunitaria en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.



5. ACTUACION EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

La Violencia de Género necesita de un abordaje multisectorial, siendo prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios. El papel de los profesionales de atención primaria es básico puesto que ofrecen un rápido diagnóstico, una continuidad en la atención y relaciones de confianza que facilitan el proceso de acompañamiento pudiendo ayudarles a romper su aislamiento y coordinados con otras disciplinas hacerles entender sus opciones y apoyarlos para tomar sus decisiones, intentando así reducir la morbi-mortalidad.

Las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias tienen alta probabilidad de estar sufriendo Violencia de Género y que no sean conscientes de su situación. Así mismo para las mujeres con hijos/as a cargo u otras personas dependientes, necesitan la coordinación con pediatría o trabajadora social.

Para todo ello, es fundamental la formación de los profesionales, la existencia y accesibilidad de recursos específicos y la continuidad de la asistencia. Los profesionales deben tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

a) DETECCIÓN Y VALORACIÓN

Actividades de Prevención y Promoción

A todas las mujeres al realizar la historia clínica se considerará la realización de una entrevista de cribado sobre la existencia de violencia en el ámbito familiar, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.

Preguntas de abordaje psicosocial. Entrevista de cribado de malos tratos: Preguntas generales. **Anexo I.**

1- Valoración de Riesgo en caso de sospecha

Para valorar el riesgo de malos tratos en caso de sospecha, se pueden utilizar los cuestionarios de Valoración de Seguridad/Riesgo (**Anexo II**) y El cuestionario sobre indicadores de sospecha durante la consulta (**Anexo VI**).



2- Diagnóstico precoz

En aquellas mujeres que se valore riesgo en la entrevista de cribado, investigar si sufre violencia mediante las preguntas aconsejadas que posibiliten a la mujer sacar a la luz la situación.

En las consultas de otro tipo, estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento:

- Antecedentes de malos tratos
- Conflicto familiar
- Límites generaciones débiles
- Aislamiento familiar

Anexo II.. Indicadores de sospecha durante la consulta

3- Educación para la salud a grupos

Se integrará la EpS sobre Violencia de Género como un contenido más a trabajar y de gran interés en las actuaciones de EpS por parte de la APS y recursos de apoyo.

QUIÉN

Equipos de Atención Primaria: médicos/as, enfermeras, trabajador/a social, matronas. Equipos multiprofesionales: COPFs, CEDEX, y equipos de atención especializada: ginecólogos/as, internistas, traumatólogos/as y otras especialidades. Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social. Enfermeras. Matronas.

Sistema de registro

Historia clínica JARA. El registro de todas las actuaciones puede servir de prueba en caso de proceso judicial.



b) IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN

A las mujeres víctimas de malos tratos o con alta sospecha se les hará:

Valoración inicial

Lesiones físicas
Situación familiar
Situación socioeconómica
Situación psico-emocional

Valoración del riesgo

Valoración de la seguridad
Determinar si se encuentra o no en peligro extremo **Anexo II**
Percepción de peligro por parte de la mujer
Criterio profesional **Anexo III**

Actuación legal

Parte de lesiones e informe médico **Anexo X**
Información y derivación a la mujer

c) ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.

1.1-Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo

1.2-Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra

1.3-Trabajar en la consulta – seguimiento:

- Establecer una relación de confianza
- Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud



- Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
- Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
- Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).
- Si existe sospecha consistente de Violencia de Género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, así como para hijos/as o personas dependientes de ella, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.
- Remitir a servicios especializados, de la Red de dispositivos para la atención a la Violencia de Género, existentes en Extremadura, si es necesario.

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

- Registrar en la historia clínica, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
- Trabajar en la consulta – seguimiento:
- Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
- Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
- Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos de la zona)
 - Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer), al personal de trabajo social del centro sanitario.
 - Los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer.



-Emitir parte de lesiones cuando proceda:

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

-Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera. Con servicios de pediatría y trabajador/a social; en caso necesario se puede solicitar colaboración de otros profesionales como equipos de salud mental, de atención psicológica a menores o de atención psicopedagógica en el sistema educativo.

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

-Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. **(Anexo I y II)**. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.

-Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.

-Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.

-Emitir el parte de lesiones e informe médico, y remitirlo al juez con carácter inmediato (FAX, e-mail) entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones. **Anexo IX**

-Derivar con carácter urgente trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas, teléfono 12 (Emergencias), servicios específicos de la comunidad autónoma de Extremadura o, en su caso, actuar siguiendo el protocolo de coordinación interinstitucional de la Comunidad Autónoma.

-Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera. Con servicios de pediatría y trabajador/a social; en caso necesario se puede solicitar colaboración de otros profesionales como equipo de salud mental, de atención psicológica a menores o de atención psicopedagógica en el sistema educativo.

-Seguimiento programado en consultas de Atención Primaria

-Sistema de registro Historia clínica JARA.



QUIÉN

Equipos de Atención Primaria: médicos/as, enfermeras, trabajador/a social, matronas. Equipos multiprofesionales: COPFs, CEDEX, y equipos de atención especializada: ginecólogos/as, internistas, traumatólogos/as y otras especialidades. Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social. Enfermeras. Matronas.

d) ACTUACIÓN LEGAL

Existe la obligación legal de poner en conocimiento de la Autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la Historia Clínica.

QUIÉN

Equipos de Atención Primaria: médicos/as, enfermeras, trabajador/a social, matronas. Equipos multiprofesionales: COPFs, CEDEX, y equipos de atención especializada: ginecólogos/as, internistas, traumatólogos/as y otras especialidades. Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social. Enfermeras. Matronas.

- Sistema de Registro
- Historia Clínica
- Parte de Lesiones
- Informe Médico

e) NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Ante la detección de un nuevo caso de violencia de género en el ámbito sanitario, el profesional que atienda y/o detecte el caso, debe notificarlo al sistema de vigilancia epidemiológica de violencia de género, tal como se especifica en el apartado 5.

Las mujeres que sufren violencia de género pueden acudir a los servicios de urgencias, tanto del ámbito de la atención primaria como de especializada.

Para el sistema de Notificación se seguirá el Protocolo de vigilancia epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura.



6. ACTUACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Las mujeres que sufren violencia de género pueden acudir a los servicios de urgencias, tanto del ámbito de la atención primaria como de especializada. La mayoría de las actuaciones comentadas en el capítulo anterior podrán ser también las recomendadas para urgencias, incluyendo las preguntas a plantearle para que la mujer pueda expresarse, siempre habiendo creado un clima de confianza y confidencialidad adecuado, a excepción de las actuaciones referidas al seguimiento en la consulta. En los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves.

Las mujeres que acuden a urgencias por este problema, pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no.

a) ACTUACIÓN DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA

Salvo en el caso de que la mujer acudiera por malos tratos en el servicio de urgencias ya sea primaria o especializada, mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos Identificación de familias vulnerable para sufrir malos tratos. **Anexo V** e Indicadores de sospecha durante la consulta. **Anexo VI**

En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos Identificación. Ejemplos de preguntas ante sospecha. **Anexo II y** Ejemplo de preguntas ante sospecha **Anexo III**

Atender a la mujer en un clima de confianza adecuado
Identificación. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato.

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad
- Observar las actitudes y estado emocional a través del lenguaje verbal y no verbal
- Facilitar la expresión de los sentimientos.
- Mantener una actitud empática que facilite la comunicación con la escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.



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

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso.

b) ACTUACIÓN ASISTENCIAL

En cualquier caso, la actuación sanitaria dependerá de 5 situaciones diferentes que se pueden encontrar:

- 1.- Mujer de la que sospechamos que puede estar sufriendo Violencia de Género, pero ella no lo reconoce.
- 2.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género pero que no se encuentra en peligro extremo.
- 3.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género y se encuentra en peligro extremo.
- 4.- Mujer que sufre Violencia de Género, casos agudos.
- 5.- Mujer que ha sufrido agresión sexual.

En primer lugar, se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados.

La atención a la paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados y, en caso de que no precise ingreso en planta, se deberá valorar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social.

Igualmente se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas.

El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad sobre todo si viene acompañada por el presunto agresor o éste descubre la copia del informe. En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se le puede entregar a algún familiar



o persona de su confianza. Otra copia será para atención primaria, con el fin de colaborar a su seguimiento y a completar las actuaciones que sean precisas salvaguardando la confidencialidad de los datos. En caso de ingreso hospitalario, velar para que el informe de alta llegue a Atención Primaria.

En aquellas mujeres que se valore riesgo se le hará:

Valoración inicial

1-Lesiones físicas valoración del estado de salud física de la mujer y establecer un diagnóstico y atención adecuados. Valorar si precisa ingreso en hospitalario o actuación urgente.

Situación familiar: Indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes a cargo de la mujer, que también puedan estar padeciendo la violencia, por si fuera preciso tomar medidas inmediatas.

Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos. **Anexo V**

Situación socioeconómica (valorar si precisa atención urgente del personal de trabajo social).

Situación psico-emocional (valorar si precisa actuación de personal de psicología y psiquiatría con carácter de urgencia)

Valoración del riesgo

Valoración de la seguridad

Determinar si se encuentra o no en peligro extremo **Anexo II**

Percepción de peligro por parte de la mujer

Criterio profesional: Cuestionario para medición de malos tratos. **Anexo VIII**

Actuación legal

Parte de lesiones e informe médico **Anexo X**

Información y derivación a la mujer

QUIÉN

Equipos de Atención Primaria: médicos/as, enfermeras, trabajador/a social, matronas. Equipos multiprofesionales: COPFs, CEDEX, y equipos de atención especializada: ginecólogos/as, internistas, traumatólogos/as y otras especialidades. Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social. Enfermeras. Matronas.



Sistema de registro

1.- Historia clínica, es importante el registro de todas las actuaciones en la historia, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial, también en caso de historia informatizada se puede valorar escribir con bloqueo informático para mantener la confidencialidad, registrando según el caso la situación concreta con la que nos encontramos. En el informe de alta que se facilite a la mujer debe detallarse las lesiones que ésta presente y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada del presunto agresor o puede que al llegar a su domicilio el agresor descubra la copia del alta). En tal caso, indicarle que se le puede entregar una copia a alguien de confianza, en lugar de llevarla consigo. Otra copia debe ser para Atención Primaria, con el fin de colaborar a su seguimiento y a completar las actuaciones que precise, salvaguardando siempre la confidencialidad de los datos. En caso de ingreso hospitalario, velar para que el informe de alta llegue a Atención Primaria con el fin de que pueda hacer el seguimiento que proceda.

2.- Si procede, parte judicial e informe de lesiones, si procede en función del caso, de acuerdo con los protocolos sanitarios e interinstitucionales existentes en cada Comunidad Autónoma.

3.- Hoja de interconsulta.

4.- Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia de Género **Anexo VIII**

c) VALORACIÓN DEL RIESGO

- Valoración de la seguridad.
- Determinar si se encuentra o no en peligro extremo.
- Percepción de peligro por parte de la mujer.
- Criterio profesional.



d) INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso, de acuerdo con los protocolos sanitarios e interinstitucionales existentes en cada Comunidad Autónoma. Desde el servicio de urgencias Hospitalarias se deberá informar al personal de atención primaria responsable de la mujer de la situación detectada, a fin de que pueda hacer el seguimiento que proceda mediante la remisión de una copia del informe clínico.

e) ACTUACIÓN LEGAL

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica, valorando siempre la seguridad de la mujer para garantizar su protección.

d) NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Ante la detección de un nuevo caso de violencia de género en el ámbito sanitario, el profesional que atienda y/o detecte el caso, debe notificarlo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de violencia de género, tal como se especifica en el Protocolo de Vigilancia epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura. **Anexo VIII**



7. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

La agresión sexual es una de las formas de violencia contra las mujeres que más habitualmente se oculta. Puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. Esta última es la que habitualmente se denuncia. Cuando es ejercida por su pareja, suele permanecer oculta y resulta muy difícil detectarla. Sin embargo, todas ellas deberían ser atendidas como se indica en el siguiente protocolo.

Las pautas de actuación ante las agresiones sexuales tienen unas particularidades que justifican que sean descritas en un apartado independiente a lo recogido anteriormente.

a) RECOMENDACIONES GENERALES

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

Cuando la atención se preste lejos de un hospital (centro rural) la mujer puede exigir lavarse la boca. En este caso, puede hacerse toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras) y posteriormente, recogida del enjuague bucal con suero fisiológico en tubo estéril para análisis. Si se hace este procedimiento, debe realizarse ante un testigo y luego proceder al cierre seguro del tubo y rotulación, asegurando la custodia de las muestras por el profesional hasta la entrega al forense.

Es necesario un trato especialmente exquisito hacia la mujer, comprensivo, con ambiente tranquilo, de modo que se facilite la comunicación, confidencialidad y la mayor intimidad posible, debiendo recoger la información con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, no forzando a la mujer a responder si no lo desea. Si la mujer lo desea, puede estar acompañada de una persona de confianza.

La exploración no puede hacerse de forma precipitada. Se debe disponer del tiempo necesario y del lugar adecuado, tranquilo y suficientemente equipado. El personal será el mínimo, imprescindible para asegurar la



intimidad. Es recomendable la presencia de más de un profesional sanitario procurando que al menos uno sea mujer. Es preciso dar explicaciones, a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea preciso.

Dado el impacto psicológico, no sólo está justificado, sino que es recomendable que esté presente el médico/a forense, realizándose en un solo acto la atención ginecológica y forense procurando que no se precisen nuevos reconocimientos. Para ello es necesaria la comunicación telefónica inmediata al Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico/a forense o encomendará al médico/a de guardia la recogida de muestras de interés legal.

Para proceder penalmente contra los delitos de agresiones sexuales es necesaria la denuncia de la persona agredida, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, en los casos de menores, incapacidad o disvalía.

Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

b) ACTUACIÓN CLÍNICA

Recepción y acogida. Recogida de datos.

Registrar en la historia clínica.

Pueden servir como prueba importante en el proceso judicial:

-Todos los hechos referidos por la mujer (fecha, hora, lugar, tipo de agresión sexual) y las actuaciones posteriores a la agresión y antes de la exploración que puedan afectar a la recogida de muestras (aseo personal, cambio de ropa, ingesta en caso de felación, toma de alimentos o de medicación, etc.).

-Antecedentes personales, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc., así como otros episodios de violencia, sexual o no.

-Anamnesis ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual consentida, posibles enfermedades de transmisión sexual, etc. Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior del tratamiento y seguimiento.



Exploración general:

Ropa:

En primer lugar, se le pide a la mujer que se desnude sobre una sábana. Se recogerá la ropa que pudiera estar manchada de sangre, semen u otros fluidos. Se introducen en bolsas independientes que se rotularán convenientemente. Si las ropas están mojadas, es necesario dejarlas secar antes de introducirlas en las bolsas.

Examen de la superficie corporal:

La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la mujer, de pie primero o decúbito en la camilla.

Se deberá:

- Descubrir el tipo de lesiones: aspecto forma, color.
- Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones) consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas, es conveniente la realización de fotografías - previo consentimiento de la mujer- con las medidas que impidan que pueda ser identificada (tapar el rostro, tapar los ojos, etc.). Explorar también la boca en caso de contacto buco-genital. Explorar también las uñas, recortarlas, rasparlas e introducir los trozos en bote hermético identificado y etiquetado.

Muestras de interés legal:

La toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos y debe realizarse lo más pronto posible. Lo ideal es que la mujer acuda al Centro Sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropa tras la agresión.

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

La toma de muestras dependerá del tipo de violación sufrido.



Exploración ginecológica:

Se realizará:

1-Cepillado del vello púbico. Con un cepillo o peine nuevo.

Etiquetar.

2- La inspección vulvo-vaginal se realizará estando la mujer en la camilla ginecológica: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso, la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones coitales, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.

Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

No utilizar material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado general de la víctima; ya que puede existir desgarros o roturas de vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.

Tacto bimanual -ecográfico: NO se aconseja de manera sistemática salvo movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal o imposibilidad de exploración vaginal.

Toma de muestras de interés legal:

Dependerán del tipo de violación sufrido.

Todas las muestras se recogen en bote hermético, se etiquetan e identifican, incluido el orden de recogida.

Recortes de uñas (posibilidad de encontrar piel del agresor), se puede realizar durante la exploración general, se debe envasar cada uña independientemente indicando en cada envase a qué dedo y qué mano corresponde.

Peinado de vello púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor). Se puede realizar mediante un cepillado ginecológico, antes de comenzar la exploración ginecológica.



En caso de penetración vaginal:

Se procederá de la misma forma para la toma de muestra vaginal, anal o bucal.

Toma vaginal con hisopo en seco para esperma y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Se recomienda hacer la toma con al menos dos hisopos. Mantener refrigerado a 4 -8 °C, sin conservantes y bien rotulados.

Toma vaginal con hisopo de algodón estéril en medio de transporte para tricomonas.

Toma endocervical con hisopo de algodón estéril, previa limpieza exterior del cérvix, para gonorrea y clamydias.

Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma.

El lavado se realizará con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente. Igualmente se mantendrá refrigerado a 4-8 °C y se rotulará. Hacer el lavado, siempre después de la toma de muestras para el estudio de infecciones de transmisión sexual.

En caso de Penetración anal:

Toma anal con hisopo en seco para investigación de esperma.

Toma anal con hisopo de algodón estéril en medio de transporte para gonococo y clamydias.

Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

En caso de Penetración bucal:

-Toma con hisopo en seco por toda la boca, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para investigación de esperma.

-Toma faríngea con hisopo en seco para investigar esperma.



-Toma faríngea con hisopo de algodón estéril para gonorrea y clamydias. Lavado bucal con suero fisiológico estéril para investigar esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Análítica sanguínea y pruebas de laboratorio

- 1- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la mujer. Contrastar resultados para descartar el grupo sanguíneo y ADN del agresor.
- 2- Prueba de tóxicos.
- 3- Prueba de embarazo (Beta-HCG). Infecciones de transmisión sexual:
- 4- Cultivo despistaje de:
 - Gonorrea y clamydias: inicial y a los 7 días.
 - Sífilis: inicial y a las 6 semanas.
 - VIH: inicial, a las 6 semanas, y a los 3 y 6 meses.
 - Hepatitis B (HBsAg, AntiHBc, AntiHBs) si no tiene vacunación previa: inicial y a las 6 semanas.
- 5- Frotis citológico.

La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por el Médico/a Forense, asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, es decir, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.



c) ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:

Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.

Traumatismos psicológicos: en general derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de Salud Mental. Normalmente, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación y vergüenza, que requieren ayuda.

Prevención de enfermedades de transmisión sexual:

Debe utilizarse tratamiento preventivo para gonococia, clamidia y sífilis en posible periodo de incubación.

Profilaxis VIH:

El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor tiene infección por el VIH, padece otras infecciones de transmisión sexual y el riesgo es aún más elevado si la violación es múltiple o repetida y hubo eyaculación. Valorar la posibilidad de derivar a la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia, donde se valorará la terapia preventiva para VIH y se informará del riesgo/beneficio. El tiempo máximo del inicio de la terapia será de 48 horas, siendo más efectivo cuanto antes se indique. Considerar seguir las recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños.

Profilaxis de Hepatitis B:

En el caso que no tenga vacunación previa, se administra en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHB y la primera dosis de vacuna de hepatitis B.

Profilaxis de embarazo:

Aunque la posibilidad de que ocurra un embarazo después de una agresión sexual con penetración vaginal es muy baja (3-6 %), si esto ocurriera, las consecuencias son terribles, por lo que se deberá realizar si precisa la profilaxis de embarazo.

En el caso que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo, no será necesaria la profilaxis.



Si han transcurrido menos de 72 horas de la agresión, se administrará levonorgestrel, 1,5 mg en dosis única.

Si han transcurrido entre 72 horas y 5 días de la agresión, el procedimiento anterior no es eficaz, y se debe proceder a la colocación de un DIU. Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas. Informar a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

Recomendar no mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración, en consulta ginecológica a los 7-15 días. Se entregarán los resultados de las pruebas iniciales, se repetirán los que corresponda como se ha señalado anteriormente.

Recomendar seguimiento adecuado de todo el proceso de atención integral a su salud.

d) INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

Informar a la mujer sobre:

La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo. Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.

Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección.

Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito) para la atención a las mujeres que sufren Violencia de Género, según estén organizados en nuestra Comunidad Autónoma.

Derivación:

Importancia de la derivación y coordinación con Atención primaria y Trabajador/a Social, asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organización y recursos propios de nuestra Comunidad Autónoma.



e) NOTIFICACIÓN AL JUZGADO

Mediante el parte de lesiones judicial. **Anexo VIII**

Sistema de Registro

Informe médico recogiendo los resultados de todas las pruebas médicas realizadas y recomendadas en este protocolo.

Emitir el parte de lesiones e informe médico al Juzgado de Guardia.

QUIÉN

Equipos de Atención Primaria: médicos/as, enfermeras, trabajador/a social, matronas. Equipos multiprofesionales: COPFs, CEDEX, y equipos de atención especializada: ginecólogos/as, internistas, traumatólogos/as y otras especialidades. Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social. Enfermeras. Matronas.



8. SISTEMA DE VIGILANCIA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de violencia de género regula el procedimiento para la notificación, por parte del personal sanitario asistencial, de los casos incidentes de violencia de género que puedan detectar durante el desarrollo de su actuación profesional, independientemente del resto de actuaciones a realizar recogidas en este Protocolo.

a) DEFINICIÓN DE CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO A NOTIFICAR

A efectos de vigilancia epidemiológica se entiende como caso de violencia de género a notificar el siguiente:

Definición de caso:

Mujer **mayor de 14 años** atendida por el **Sistema Sanitario** de Extremadura que **reconoce por primera vez** sufrir maltrato por violencia de género, entendiéndose como tal todo acto de violencia física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones, privación de libertad, entre otras, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones de afectividad o parentesco, aún sin convivencia.

Según lo anterior, sólo se notificará cada caso una vez, la primera en la que sea atendido e identificada la situación de violencia de género, no siendo necesario notificarlo en las sucesivas atenciones que pueda necesitar derivadas de la misma situación de violencia ya notificada.

b) OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo básico del sistema de información es conocer la magnitud, características y de la violencia de género, y consecuencias en la salud y en el sistema sanitario.



Objetivos específicos:

Facilitar la planificación de la atención sanitaria a la violencia de género al conocer su magnitud y las características de las mujeres que la padecen.

Promover la mejora de la calidad y la equidad en la atención sanitaria integral a la violencia de género mediante la valoración del impacto de las actuaciones implantadas por las Administraciones sanitarias, especialmente las relacionadas en el Protocolo Común.

Favorecer la colaboración y el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las administraciones implicadas en la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia.

c) ESTRATEGIA

Para conseguir los objetivos propuestos se establece un sistema de información basado en el **registro de todos los casos de violencia de género que sean detectados** por el sistema sanitario público de Extremadura, independientemente del motivo de la detección o de la atención requerida, en la población de mujeres mayores de 14 años (15 años cumplidos y más).

Se considerarán Indicadores comunes de violencia de Género:

Magnitud:

1. Casos detectados en mujeres de 14 años o más, por 100.000
2. Numero de partes de lesiones emitidos por nivel asistencial

Por nivel de asistencia y fuente:

3. Casos detectados en atención primaria
4. Casos detectados en atención especializada

Por características de maltrato:

5. Casos detectados según el tipo de maltrato
6. Casos detectados según duración del maltrato
7. Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador

Por características personales de la mujer maltratada:

8. Casos detectados por edad
9. Casos detectados por nacionalidad
10. Casos detectados según situación laboral
11. Casos detectados en mujeres embarazadas
12. Casos detectados en mujeres con discapacidad.



Por características del tipo de atención recibida:

13. Mujeres atendidas que han recibido información y apoyo de recursos sociosanitarios.
14. Mujeres atendidas, con las cuales se ha realizado valoración de riesgo.
15. Mujeres atendidas, con las cuales se ha elaborado un plan de seguridad.
16. Casos detectados derivados a atención primaria.
17. Casos detectados derivados a atención especializada.
18. Casos detectados derivados a atención social.

d) TRATAMIENTO DE DATOS

Como en cualquier otro sistema de información basado en un registro de caso será necesario identificar cada caso unívocamente, a fin de poder depurar los duplicados, máxime cuando el sistema pretende conocer la “incidencia”, haciendo necesario poder establecer cuando un caso es incidente o prevalente (ya notificado con anterioridad).

El tratamiento de los datos registrados se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que garantiza y protege las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, especialmente en lo concerniente a su honor e intimidad personal y familiar, que en su Título II, en su artículo 6 referente al consentimiento de los afectados, dice en el apartado 2: *“No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias”*; así como por lo previsto en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los Ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.



e) ACTUACIONES DEL PERSONAL SANITARIO

Ante la identificación de un caso de violencia de género (ver definición de caso), ya sea porque la mujer haya demandado asistencia sanitaria específicamente por ello o porque se haya detectado precozmente de forma activa por el personal sanitario por los indicadores de sospecha con posterior confirmación de la situación de violencia (según establece el Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género), o cualquier otro método, **quien lo haya detectado lo notificará** a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

La notificación podrá realizarse en soporte papel, utilizando la “Ficha de notificación de caso de violencia de género” en soporte papel, o en soporte magnético a través del Portal del SES en el sistema JARA, una vez se encuentre activo el sitio específico del mismo. En todo caso, siempre quedará constancia de la notificación en la historia clínica de la mujer con la incorporación a la misma de una copia de la ficha.

Una vez cumplimentada la Ficha de notificación en papel se procederá del siguiente modo:

1º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso enviará el original a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud, mediante juegos de “doble sobre confidencial”. La ficha de notificación se introducirá en el sobre marcado como “confidencial” y éste se introducirá en un segundo sobre franqueado y marcado como “registros especiales” dirigido a la Subdirección.

2º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso conservará la copia auto-copiativa para adjuntarla a la historia clínica de la mujer.

Cuando se haga uso de la versión informática registrando el caso en el sistema JARA, no será necesario ningún otro trámite.

Nada de esto es incompatible con la utilización de otro medio de comunicación que se estime necesario.



ANEXOS





ANEXO I

Entrevista de cribado. Preguntas generales y específicas

PREGUNTAS GENERALES

¿Cómo van las cosas en casa?

¿Está usted contenta con la relación con su pareja?

¿Quién marca las normas en casa?

La encuentro algo intranquila. ¿Le preocupa algo?

Las relaciones con su pareja son a veces violentas. ¿Qué ocurre cuando tiene una pelea en casa? ¿Cómo son esas peleas? ¿Pelean a veces físicamente?

PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

Violencia física:

¿Su pareja le empuja o agarra?

¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?



Violencia sexual:

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿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?

Violencia psicológica:

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a los niños, o a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿Le insulta, ridiculiza o menosprecia?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Le humilla frente a los hijos u otras personas?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuentas de los gastos?
- ¿Le culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

Violencia Ambiental

- ¿Maltrata a las mascotas?
- ¿Da golpes en las paredes, puertas?
- ¿Destruye objetos queridos por usted?

Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia:

- ¿Desde cuándo sufre esta situación?
- ¿Con qué frecuencia se producen los episodios violentos?
- ¿Hay momentos en que él es cariñoso y la trata bien?
- ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?
- ¿La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?

En caso de que tenga hijos/as

- ¿Suelen presenciar la violencia?
- ¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos/ellas?
- ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?

En caso de mujeres con VIH esta pregunta puede variar atendiendo al contexto concreto en cuanto a su formulación, por ejemplo: ¿Amenaza con contarle a otras personas que tiene usted infección por VIH si le abandona?



EN CASO DE QUE LO RECONOZCA

Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre. Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso. Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.

Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.

NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.

NO dar falsas esperanzas.

NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: «¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...». NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.

NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.

NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.

NO utilizar una actitud paternalista.

NO imponer criterios o decisiones



RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA A LA MUJER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.



ANEXO II

VALORACIÓN DE SEGURIDAD / RIESGO

Una vez que la mujer reconozca estar sufriendo Violencia de Género, hay que valorar conjuntamente la situación de peligro.

Criterios de valoración

- Percepción por la mujer de estar en peligro para su vida o integridad física y/o para sus hijos e hijas y/o familiares a su cargo. Lesiones graves o que requieran hospitalización.
- Abandono de la relación o convivencia en el último año. Amenazas o acoso a pesar de estar separadas. Repetición del ciclo de violencia de forma continuada. Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia. Agresiones durante el embarazo.
- Abusos o Agresiones sexuales repetidas. Posesión de armas.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas de muerte y/o intentos de homicidio a ella, sus hijos e hijas o familiares
- Amenazas o intentos de suicidio.
- Malos tratos a hijos e hijas u otros miembros de la familia.
- Comportamiento violento del agresor.
- Celos extremos, control excesivo de las actividades de la mujer.
- Aislamiento creciente. Consumo de alcohol/drogas por parte del agresor.
- Disminución o ausencia de arrepentimiento del agresor





ANEXO III

En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:

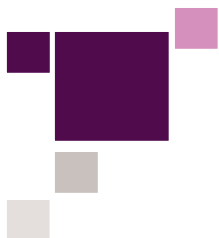
- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted.
- Veo que...(relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?,
- La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿Cree que todo está relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
- En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

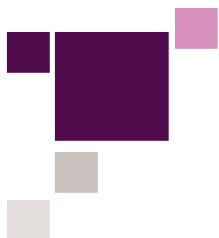
En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... ¿es éso lo que le ha ocurrido?
- ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
- ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:

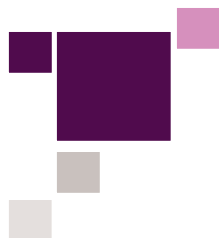
- Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente usted así?, ¿A qué cree usted que se deben?, ¿Los relaciona con algo?
- ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja?
- ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
- Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?
- ¿Qué le impide hacerlo?





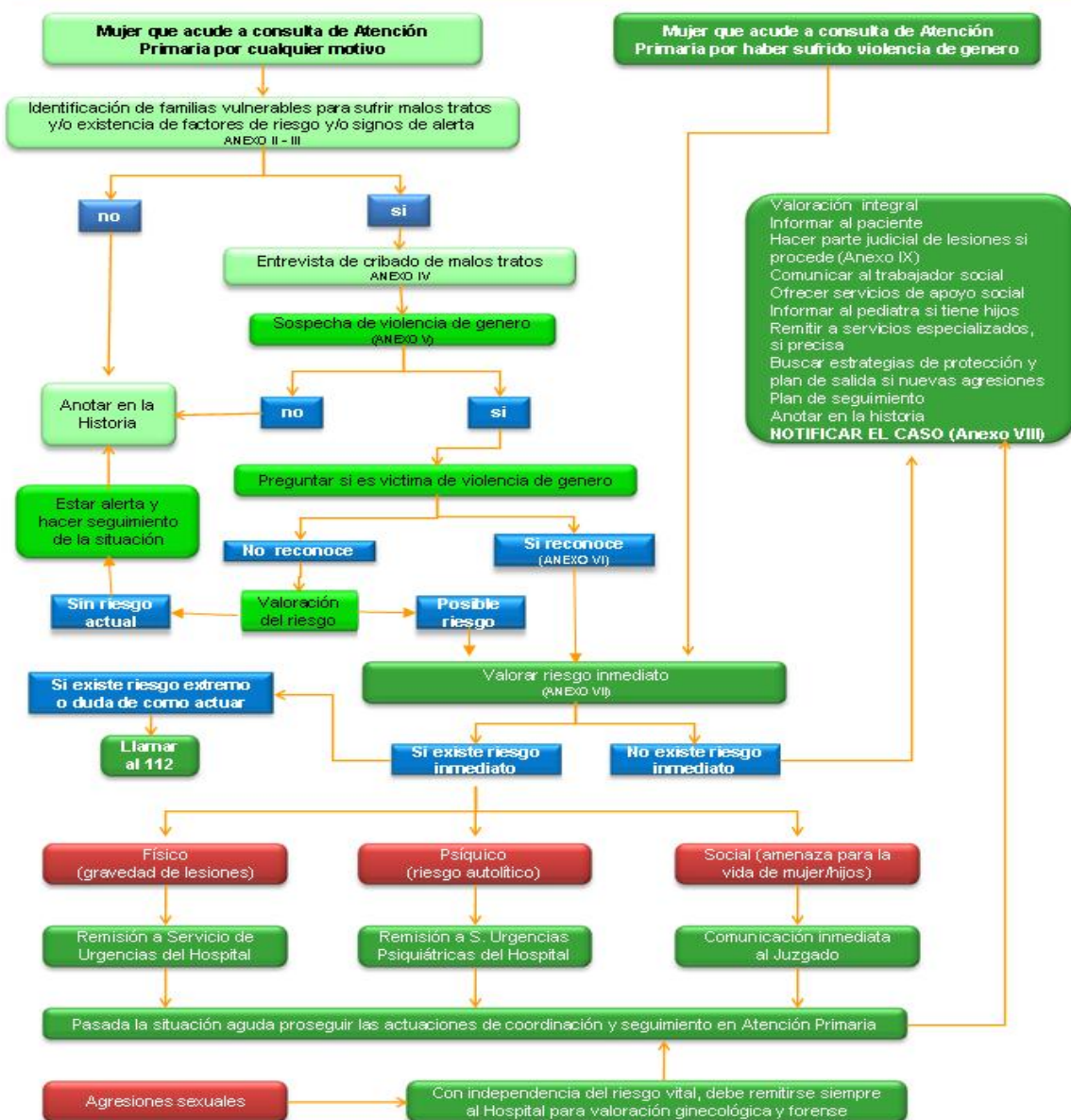
ANEXO IV

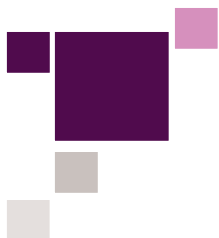
Algoritmo de actuación ante la violencia género



ANEXO I : ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO





ANEXO V

Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos

Antecedentes de malos tratos en generaciones precedentes

Conflictos matrimoniales

Límites generacionales débiles

Aislamiento familiar





ANEXO VI

Indicadores de sospecha durante la consulta

Características de las lesiones y problemas de salud

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

Actitud de la mujer

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

Actitud de la pareja

Solicita estar presente en toda la visita
Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo, intentando banalizar los hechos
Excesivamente preocupado o solícito con ella
A veces colérico u hostil con ella o con el profesional



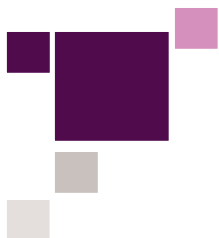


ANEXO VII

Cuestionario para medición de malos tratos

PREGUNTAS: Su marido o pareja:

- 1.- ¿Respeto sus sentimientos?
- 2.- ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?
- 3.- ¿Les ha amenazado a usted, a sus hijos e hijas o a alguna otra persona querida?
- 4.- ¿Ha roto alguna vez cosas o algún objeto de la casa?
- 5.- ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?
- 6.- ¿Le ha pegado?
- 7.- ¿Ha llegado a producirle heridas?
- 8.- ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?
- 9.- ¿La ha amenazado con un arma?
- 10.- ¿Ha llegado a herirla con un arma o con otro objeto?



ANEXO VIII

Modelo unificado de parte judicial de lesiones del SES



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Parte judicial de lesiones.

Nº:

Hoja 1 de 2.

Personal facultativo que emite el parte	Nombre		Fecha: / /
	CIAS:	Área de Salud:	
	Centro/Unidad:		Hora:

Datos de filiación de la víctima	Nombre y apellidos:		DNI:	CIP:
	Sexo: <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> Otra situación	Fecha nacimiento: / /	Edad	NIE:
	Dirección:		Pais de origen:	Tel:
			PASAPORTE:	
		Municipio (C.P.):		

Lesiones presumiblemente producidas por:	<input type="checkbox"/> Violencia de género: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Delito contra libertad sexual	<input type="checkbox"/> Agresión
	<input type="checkbox"/> Maltrato: <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Persona mayor <input type="checkbox"/> Persona dependiente		<input type="checkbox"/> Intoxicación	
	<input type="checkbox"/> Accidente: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Otro mecanismo (especificar):	
	<input type="checkbox"/> Otros accidentes (especificar):			

Lesiones que presenta (describir el tipo de lesiones, descripción, localización y posible fecha de las mismas)

Estado psíquico y emocional (describir los síntomas emocionales y la actitud de la víctima):

Pruebas complementarias realizadas (especificar):

Medidas terapéuticas (incluir medidas profilácticas, tratamientos farmacológicos, curas locales, tratamientos quirúrgicos, etc.):

Pronóstico clínico, salvo complicaciones: Leve Moderado Grave Muy grave

Plan de actuación (incluir el alta o la derivación a otras u otros especialidades y recursos, los ingresos, si han sido necesarios, y el seguimiento requerido)

Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia, según manifiesta:

Amenaza con hacerlo: NO, SI, especificar:

¿Conoce a la persona agresora? NO SI, especificar:

ILMO/A. SR/A MAGISTRADO/A DEL JUZGADO DE GUARDIA



Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia



Relación o parentesco con la persona agresora en caso de violencia de género:
 compañero íntimo actual (marido, novio, compañero,...)
 ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero,...)
 padre, padrastro o compañero de la madre
 hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar
 un hombre que NO pertenece al ámbito familiar (amigo, compañero de trabajo, desconocido, etc.)

Otras víctimas de en el mismo incidente: NO SI, RELACION:
 Acude Solo/a Acompañada/o nombre: parentesco/relación:
 por:

Parte judicial de lesiones.

Nº:

Hoja 2 de 2.

Observaciones relacionadas con los hechos (relacionar como han ocurrido los hechos, utilizando y entrecorriendo, cuando sea posible, las palabras de la víctima):

Se sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la víctima

Antecedentes de interés en caso de agresión:

Es la primera vez que sufre agresión

Ha sufrido agresión anteriormente:

Indicar desde cuando y describir las características de estas agresiones y la evolución de las mismas:

Denuncias previas NO, SI

Hay testigos de esas agresiones: NO, SI, especificar:

Había otras víctimas en esas agresiones: NO, SI, especificar:

No refiere información en este sentido

Observaciones de interés en caso de agresión:

Tiene menores u otras personas a su cargo? NO, SI, especificar:

Otros datos de interés para el órgano judicial (no quiere presentar denuncia, miedo al agresor, a perder la custodia de menores, a las reacciones familiares, porque no tiene dinero, presencia forense, etc...)

Se contacta telefónicamente con otros recursos: Cuerpos y fuerzas de seguridad, Servicios sociales, Información mujer Otro, especificar:

Se pone en conocimiento del Juzgado telefónicamente: NO SI, especificar a que hora:


Otras observaciones:

ILMO/A. SR/A MAGISTRADO/A DEL JUZGADO DE GUARDIA



ANEXO IX

Modelo de ficha notificación de caso



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA

DATOS DE LA MUJER:

Nombre	Apellidos
DNI	CIP
Dirección	
CP	Municipio
Provincia	
Teléfono para comunicaciones	Fecha de nacimiento: / / Edad
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otrs), especificar:	: País de origen
Estado civil:	Nivel de estudios:
<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin estudios
<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Básicas
<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Graduada escolar
<input type="checkbox"/> Separada/divorciada	<input type="checkbox"/> Bachillerato/FP
<input type="checkbox"/> Pareja conviviente	<input type="checkbox"/> Superiores
<input type="checkbox"/> Pareja no conviviente	
Nº de hijos:	Nº de personas que conviven en el hogar:

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

Tipo de maltrato:	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual	
Identificación del maltrato:	<input type="checkbox"/> Refiere sufrir malos tratos	<input type="checkbox"/> Reconoce malos tratos tras detectar indicadores de sospecha
Presenta indicadores de sospecha (ver indicadores al dorso):	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Los indicadores de sospecha se obtuvieron:	<input type="checkbox"/> En consulta (entrevista) <input type="checkbox"/> De la historia clínica	
Duración del maltrato:	Frecuencia del maltrato:	Tipo de relación con el agresor:
<input type="checkbox"/> Episodio aislado	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Compañero íntimo actual
<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Ex compañero íntimo
<input type="checkbox"/> Entre 1-4 años	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Padre, padrastro, compañero de la madre
<input type="checkbox"/> Entre 5-9 años		<input type="checkbox"/> Hermano, tío, hombre del ámbito familiar
<input type="checkbox"/> Más de 10 años		<input type="checkbox"/> Hombre no perteneciente al ámbito familiar
¿Convive con el agresor?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene menores a su cargo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Antecedentes patológicos:	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés posttraumático <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno conductual <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Problemas cronicados <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Otros, especificar:	
Vivencia de situaciones estresantes:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Violencia en su familia de origen:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Situación de vulnerabilidad:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar el motivo de vulnerabilidad, por:	
	<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Exclusión social <input type="checkbox"/> Desfavorecimiento sociocultural <input type="checkbox"/> Conflictos matrimoniales <input type="checkbox"/> Límites generacionales débiles <input type="checkbox"/> Otros, especificar:	
Red de apoyo:	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otrs, especificar:	
Información y apoyo de recursos sanitarios:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar el tipo de información:	
<input type="checkbox"/> Sobre consecuencias para su salud	<input type="checkbox"/> Teléfonos de interés	<input type="checkbox"/> Instituto de la Mujer
<input type="checkbox"/> Sobre consecuencias para la salud de sus hijos	<input type="checkbox"/> Juzgado	<input type="checkbox"/> Casas de Acogida
<input type="checkbox"/> Consejos de seguridad	<input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad	

2º Modelo Ejemplar para la Subdirección de Epidemiología - 2º Modelo - Ejemplar para la historia de la mujer



DE GÉNERO - FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN PRESTADA:

Fue derivada a Atención primaria DESDE:

- Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Salud Mental
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Servicios Sociales
- Instituciones judiciales

Fue derivada a Atención especializada DESDE:

- Atención primaria
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Atención social
- Instituciones judiciales

Especialidad a la que fue derivada:

- Salud mental
- Ginecología y obstetricia
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Especialidad a la que fue derivada:

- Atención primaria
- Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Salud Mental
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Necesidad de actuación con los hijos

No Si, especificar la modalidad de actuación con los hijos:

- Derivación a Atención primaria
- Derivación a Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Derivación Salud Mental
- Derivación a Atención Social
- Derivación a Atención Educativa

Valoración del riesgo:

- NO se ha realizado
- Sí se ha realizado

Valoración de la situación de peligro:

(ver indicadores de peligro al dorsi)

- NO está en situación de peligro extremo
- Sí está en situación de peligro extremo

Plan de seguridad:

(ver plan de Seguridad al dorsi)

- NO se ha elaborado Plan de Seguridad
- Sí se ha elaborado Plan de Seguridad

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DEL AGRESOR:

Trastornos psicopatológicos:

- Agresividad
- Consumo de sustancias
- Otros, especificar:
- Trastorno mental
- Trastornos celotípicos

¿Tiene denuncias previas por malos tratos a la misma víctima?:

No Si

¿Tiene orden de protección o de alejamiento para con la víctima?:

No Si

DATOS DEL NOTIFICADOR:

CIAS

Nombre:

Área de salud

Centro/unidad

Fecha de notificación:

/ /

Introducir el original de la ficha en el sobre marcado como "confidencial". Introducir ese primer sobre en el segundo sobre franqueado marcado como "registros especiales" dirigido a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

Conservar la copia de la ficha en la historia clínica de la mujer



Instrucciones para la cumplimentación y tramitación de la ficha de notificación de violencia de género:

Se debe cumplimentar y tramitar una ficha de notificación de caso de violencia de género siempre que se detecte un caso de violencia de género en una mujer mayor de 14 años que ha sido atendida por el Sistema Sanitario de Extremadura y que reconoce por primera vez sufrir maltrato por violencia de género, entendiendo como tal todo acto de violencia física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones, privación de libertad, entre otras, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones de afectividad o parentesco, aún sin convivencia.

Es decir: sólo es necesario notificar cada caso una vez, la primera en la que la mujer sea atendida e identificada la situación de violencia de género, no siendo necesario notificarlo en las sucesivas atenciones que pueda necesitar derivadas de la misma situación de violencia ya notificada.

La notificación del caso a la Dirección General de Salud Pública NO exime de la obligación de emitir otros documentos o de la comunicación a otras instancias (como por ejemplo, al juzgado en caso de ser necesario emitir parte judicial de lesiones).

La ficha de notificación dispone de una serie de apartados a cumplimentar por el profesional notificador, referidos a la identificación del maltrato, el conocimiento de los indicadores que lo caracterizan, la situación de la víctima, el nivel de asistencia y fuente de información y el proceso para valorar su nivel de gravedad. Debe cumplimentarse con todos los datos de los que se disponga, dejando en blanco aquellos que no se conozcan; el desconocimiento de algún dato no exime del envío de la ficha con la información que se pueda aportar, por mínima que ésta sea.

Algunos de los campos se corresponden con variables recogidas en el modelo unificado de parte judicial de lesiones del SES, por lo que si se ha emitido éste, puede unirse la copia del mismo a la ficha de notificación, no siendo necesario entonces cumplimentar dichos campos en la ficha.

Explicación sobre algunas variables:

ID : número de identificación único para cada caso, a cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología.

Datos de identificación de la víctima: como en cualquier otro sistema de información basado en un registro de caso es necesario identificar cada caso



unívocamente, a fin de poder depurar los duplicados, máxime cuando el sistema pretende conocer la “incidencia”, haciendo necesario poder establecer cuando un caso es incidente o prevalente (ya notificado con anterioridad), como ocurre con este sistema. De acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se garantiza la confidencialidad, seguridad e integridad de estos datos, así como su utilización para los fines establecidos por el sistema de información de violencia de género de Extremadura.

Edad: debe señalarse en años cumplidos

Nacionalidad: debe indicarse si la nacionalidad es española, extranjera (in-dicando cuál) o ambas.

Situación laboral: debe especificarse la ocupación de la mujer en ese momento: trabajo remunerado, trabajo no remunerado (en casa, cuidados a un familiar), ningún tipo de trabajo (por enfermedad u otros motivos).

Tipo de maltrato: estos tres tipos de maltrato pueden manifestarse de forma aislada o solapada, por lo que puede señalarse más de uno en la ficha:

- **Físico:** comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, bien, por ejemplo, a través del contacto directo, con bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer; o bien limitando sus movimientos, encerrándola o atándola.

- **Sexual:** ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación, cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual 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. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse, a mantener relaciones sexuales con terceros, hacer comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, entre otros).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene



prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima (por ejemplo, abortos forzados, denegación del derecho al uso de la anticoncepción).

En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Existen además otras formas de violencia sexual que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género.

- Psicológico: conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono, entre otros. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Identificación de la situación de maltrato: especificar si la mujer refiere sufrir malos tratos o si los reconoce tras la detección de indicadores de sospecha durante la entrevista.

Indicadores de sospecha y datos especificar los indicadores de sospecha detectados (con ayuda del listado que se presenta al dorso). Señalar si los indicadores de sospecha se desprenden de la entrevista en la consulta o de otros datos observados en la historia clínica.

Relación de convivencia: especificar si existe o no una convivencia de las dos personas bajo el mismo techo (domicilio propio, compartido con otras personas)

Situación de vulnerabilidad: debe indicarse si la mujer se encuentra en una situación especial que requiera una atención específica.

Información y apoyo de recursos sanitarios: señalar si se le ha ofrecido información sobre su situación y los recursos a los que puede recurrir y de qué tipo ha sido.



Derivaciones a atención primaria, especializada o servicios sociales: debe indicarse si el caso ha llegado al médico notificador derivado desde algún otro servicio o unidad. En todos los casos, señalar específicamente desde dónde, y en si fue derivado a atención especializada indicar a que especialidad.

Valoración del riesgo: especificar si a la mujer atendida se le ha realizado una valoración del riesgo. En este caso, señalar si se encuentra o no en una situación de peligro extremo. Se entiende por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o de otros miembros del entorno familiar (hijos, abuelos, etc.). En esta valoración se señalarán los indicadores correspondientes.

Plan de seguridad: en el caso de que, tras la valoración previa, se entienda que la mujer se encuentra en una situación de peligro extremo, es necesario elaborar un plan de seguridad. En este caso debe señalarse si se ha elaborado o no y qué medidas se han tomado, señalando algunas de las posibles medidas tomadas.

Información complementaria:

Con el fin de contribuir a una mejor investigación se podrá aportar, de forma simultánea a la remisión de la ficha de notificación, toda documentación o dato que se considere de utilidad (por ejemplo, informes sobre las circunstancias de la mujer o menores a su cargo, etc.).

Tramitación de la ficha: Una vez cumplimentada la ficha de notificación se procederá del siguiente modo:

1º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso enviará el original a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud, mediante un juego de “doble sobre confidencial” que facilitará aquella. De tal forma que la ficha de notificación se introducirá en el sobre marcado como “confidencial” y éste se introducirá en un segundo sobre franqueado y marcado como “registros especiales” dirigido a la Subdirección.

2º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso conservará la copia auto-copiativa para adjuntarla a la historia clínica de la mujer.

Cuando se haga uso de la versión informática registrando el caso en el sistema JARA, no será necesario ningún otro trámite.

Nada de esto es incompatible con la utilización de otro medio de comunicación que se estime necesario. En este caso, puede comunicarse con la persona gestora del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia de género en la Subdirección de Epidemiología del Servicio Extremeño de Salud.



BIBLIOGRAFÍA

Protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual. Clara Vega Vegas, Esperanza Navarro Escayola y Juan Carlos Edo Gil. Revista Medicina Legal. Rev Esp Med Legal. 2014;40(3):120---128

Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2013-2020

Cribado de violencia de género en un departamento de salud. Rev. Nº 33. 2015. Pp 6-11.

Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2014. (Nota de prensa 5 de mayo 2014). Disponible en <http://www.ine.es>.

Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm.71 de 23 de marzo 2007. (Última actualización 27/7/2013)

Protocolo de Vigilancia epidemiológica de la violencia de género de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud 2010.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género; 2008

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Comisión Contra la Violencia de Género. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007

Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud. Atención al Individuo y la Familia. Volumen I; 2007

Delegación Provincial de Salud de Granada. Guía de Actuación para la Atención Sanitaria a Mujeres Víctimas de Violencia de Género; 2007

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm.313 de 29 diciembre 2004

Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX) Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Extremadura. Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer. 2001

Walker, Leonor, The Battered Woman. Harper and Row Publishers, Inc, New York. 1979



EQUIPO DE TRABAJO

GRUPO DE TRABAJO Y AUTORES

Yolanda Álvarez Gallego.

Médica de Familia

Jesús Miguel García Ortiz

Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

M^a Pilar Guijarro Gonzalo

Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Eulalia Hernández Fernández

Trabajadora Social

Inmaculada Moralo Bejarano

Enfermera

José Fernando Pérez Castán

Médico de Familia

Inmaculada San Andrés Hernández

Médica de Familia

Encarnación María Trejo García

Enfermera de Atención Primaria

Blanca Pérez García

Médica. Coordinadora Técnica de la D. Gerencia del Servicio Extremeño de Salud

Elisa Muñoz Godoy

Médica de Familia.

Raquel Rodríguez Llanos

Enfermera. Coordinadora Servicio Atención al Usuario Gerencia

COLABORACIÓN

Julián Mauro Ramos Aceitero

Subdirector Epidemiología

Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Extremadura. Instituto de la Mujer de Extremadura (IME)

REVISIÓN EXTERNA

Mercedes Fraile Bravo

Enfermera

María de los Ángeles García Bazaga

Enfermera